

Experiencia en dolor crónico no oncológico del personal médico de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid

Family Physicians' experience with chronic non-cancer pain in the Community of Madrid

Gema Izquierdo Enríquez^a, María Fernández de Paul^b, Isabel Prieto Checa^c
y María Victoria García Espinosa^c

^a Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villa de Vallecillas. Madrid (España)

^b Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benita de Ávila. Madrid (España)

^c Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid (España)

CORREO ELECTRÓNICO:

Gema Izquierdo Enríquez.
gemaizquierdo88@gmail.com

Recibido el 11 de marzo de 2025.
Aceptado para su publicación el
8 de enero de 2026

RESUMEN

Objetivos: explorar las creencias y prácticas del manejo de pacientes con dolor crónico no oncológico (DCNO) por el personal médico de Atención Primaria del sistema público de salud de la Comunidad de Madrid.

Métodos: es un estudio observacional, descriptivo y transversal, llevado a cabo mediante un cuestionario anónimo de 23 ítems que se distribuyó de forma telemática a 1.148 profesionales.

Resultados: la tasa de respuesta fue del 6,4%. El 59,4% cree que el uso de paracetamol es poco efectivo. Un 27,3% opina que los antinflamatorios no esteroideos (AINE) tópicos son de primera línea en gonartrosis y articulaciones pequeñas. El 62,8% considera que los opioides son eficaces y el 50% los consideran seguros. Por otro lado, un 72,8% cree que un manejo basado en educación y ejercicio físico es más eficaz que el tratamiento farmacológico. Se proporcionan en el 77,2% y el 99,4% de los casos, respectivamente.

Conclusiones: los resultados subrayan la necesidad de formación en DCNO basada en educación y ejercicio físico; así como conocer la falta de evidencia de algunos tratamientos farmacológicos.

Palabras clave: dolor crónico, analgésicos, opioide, ejercicio, educación.

ABSTRACT

Aims: to explore the beliefs and management of patients with chronic non-cancer pain (CNCP) among primary care physicians in the public health system of the Community of Madrid.

Methods: this was an observational, descriptive, cross-sectional study, performed by means of an anonymous 23-item questionnaire that was distributed electronically to 1148 professionals.

Results: the response rate was 6.4%. Of respondents, 59.4% believe that paracetamol is of limited effectiveness; 27.3% think that topical NSAIDs are a first-line treatment for gonarthrosis and small joints; 62.8% consider opioids effective, and 50% consider them safe. However, 72.8% believe that an approach based on education and physical exercise is more effective than pharmacological treatment, providing advice on these approaches in 77.2% and 99.4% of cases, respectively.

Conclusions: the results highlight the need for CNCP training focused on education and physical exercise, as well as recognition of the limited evidence for certain pharmacological treatments.

Keywords: analgesics, chronic pain, education, exercise, opioid.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

INTRODUCCIÓN

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada, o similar a la asociada, a un daño tisular real o potencial¹. En su forma crónica, dura más de 3 meses y suele acompañarse de un impacto funcional y emocional significativo. La IASP reconoce que el dolor no siempre implica daño tisular, siendo una experiencia subjetiva influida por factores biopsicosociales².

El impacto del dolor crónico trasciende lo clínico, y es un problema de salud pública de gran magnitud. El Barómetro del Dolor Crónico en España (2022)³ señala que un 28,6% de pacientes ha requerido una baja laboral en el último año, un 32% ha abandonado su ocupación y un 17,3% ha cambiado de puesto de trabajo.

Según la Encuesta Europea de Salud en España (2020)⁴, 4 de las 10 enfermedades más frecuentes están relacionadas con dolor crónico primario (lumbalgia, cervicalgia, migraña o artrosis). Su prevalencia aumenta con la edad y es más común en mujeres. Asimismo, el dolor es el segundo motivo de consulta más frecuente en Atención Primaria, pese a lo cual, el manejo clínico dista de la evidencia científica⁵.

Diferentes guías clínicas de práctica clínica (GPC), como la National Institute for Health and Care Excellence (NICE)⁶, recomiendan un enfoque centrado en el paciente que combine educación y ejercicio físico para el DCNO, dejando el tratamiento farmacológico en segunda línea, a corto plazo y en la menor dosis posible. Sin embargo, en España el uso de fármacos es elevado. La encuesta EDADES 2022⁷ del Ministerio de Sanidad muestra un aumento del consumo de opioides, en muchos casos, iniciados para el manejo del dolor agudo.

Dada la brecha existente entre evidencia científica y práctica clínica, el objetivo principal de este estudio es explorar las creencias y prácticas en manejo del DCNO por parte de las/los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria que desempeñan su labor asistencial en centros de salud de Atención Primaria del sistema público de salud de la Comunidad de Madrid.

Los objetivos secundarios son describir la percepción de efectividad y los motivos de prescripción según el tipo de fármaco, y el uso de tratamiento no farmacológico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal.

Período y ámbito del estudio

Se hizo entre febrero y abril de 2024 en las direcciones asistenciales este y sureste de Atención Primaria del sistema público de salud de la Comunidad de Madrid. Dichas direcciones asistenciales están compuestas por 38 y 39 centros de salud, y atienden a una población formada por 1.027143 y 1.061653 habitantes, respectivamente.

Población de estudio

El estudio fue dirigido a las médicas y los médicos de Medicina Familiar y Comunitaria y las médicas y los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria que se encontraban en activo trabajando en centros de salud de estas dos direcciones asistenciales. Se excluyeron a aquellos con actividad en unidades específicas (paliativos, urgencias hospitalarias y extrahospitalarias).

Tamaño y selección muestral

No se calculó el tamaño muestral ya que se envió a los 1.148 profesionales que trabajaban en dichas direcciones asistenciales durante el período de estudio.

Cuestionario

Se elaboró un cuestionario anónimo en la plataforma Google Forms, autoadministrado y previa petición de consentimiento informado. El cuestionario constaba de 23 ítems distribuidos en dos bloques: uno sociodemográfico formado por seis preguntas y otro sobre manejo del DCNO, formado por 17 preguntas. Al no encontrar un cuestionario validado, se diseñó uno a partir de guías clínicas y documentos de consenso existentes^{5,6} y se preguntó por las diferentes opciones terapéuticas en DCNO, tratando de recoger información sobre uso y creencias de cada una ([anexo 1](#)).

Tras elaborar el cuestionario, se llevó a cabo una prueba entre varios profesionales médicos con el fin de garantizar su comprensión, duración y facilidad de administración.

Se distribuyó de forma telemática a través del correo institucional, realizándose dos envíos separados en el tiempo de 2 semanas.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas o porcentajes, y las cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión. Se analizó mediante la prueba Jí-cuadrado la posible asociación de cada grupo terapéutico con grupos de edad (<35, 35-50, >50), con la experiencia laboral en años (<5, 5-15, y más de 15 años), número de pacientes de demanda (<35, 35-45, >45) y con la causa de la prescripción y se calcularon los odds ratio (OR), con su intervalo de confianza (IC) 95% y su valor p.

Los datos se recopilaron en Microsoft Excel® y se analizaron estadísticamente con IBM SPSS Statistics 26®.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 180 participantes, de los cuales 4 eran médicas/médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, y el resto, médicas/médicos de familia; con una tasa de respuesta del 6,4%. En la [tabla 1](#) se presentan las características de la muestra.

En el tratamiento en DCNO, el 59,4% considera que el paracetamol tiene poca o muy poca efectividad, aunque los mayores de 50 años [OR 2,73; IC 95% (1,08-6,94); p 0,034] y los profesionales con más de

Tabla 1. Características de la muestra

EDAD	<35 años	15,6%
	35-50 años	25,6%
	>50 años	58,9%
GÉNERO	Femenino	75%
	Masculino	25%
EXPERIENCIA LABORAL	Médico/a interno residente	2,2%
	<5 años	8,3%
	5-15 años	16,7%
	>15 años	72,8%
SITUACIÓN LABORAL	Fijo	75%
	Otros	25%
TIEMPO EN EL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL	<3 años	36,7%
	3-10 años	21,7%
	>10 años	41,7%
DEMANDA MEDIA DE LA CONSULTA	<35 pacientes	20%
	35-45 pacientes	74%
	>45 pacientes	6%

15 años de experiencia [OR 6,21; IC 95% (2,12-18,23); p 0,001] son los que lo consideran más efectivo. El 58,3% de los prescriptores hace un pacto terapéutico con el paciente explicando riesgo/beneficio y el 30% lo prescribe por sentir la necesidad de dar una respuesta farmacológica al paciente.

Respecto a los AINE, el 27,3% cree que el AINE tópico es un tratamiento de primera línea en gonartrosis o artrosis de pequeñas articulaciones, y el 50%, que no lo es. El 59,4% considera que su efectividad no es equiparable a la del AINE oral. El 56,7% prescribe AINE orales, haciéndolo más frecuentemente los hombres que las mujeres [OR 2,66; IC 95% (1,27-5,61); p 0,010], mayoritariamente por períodos breves y a dosis bajas (52,8%), un 27,8% lo hace a demanda y un 19,4% a dosis altas en plazos cortos.

Un 62,8% considera que los opioides son eficaces en DCNO, y el 50% los percibe como seguros, estimando el 61,6% de la muestra que no afectan a la esperanza de vida

Los gabapentinoides fueron considerados eficaces en lumbociatalgia crónica por el 45,6%.

En la **tabla 2** se muestran los motivos de prescripción de los diferentes fármacos.

El 63,9% de las/los profesionales se mostró conforme con el uso de la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El 86,7% considera que un enfoque basado en educación y ejercicio físi-

Tabla 2. Motivos de prescripción de los diferentes fármacos

MOTIVOS DE PRESCRIPCIÓN	PARACETAMOL	OPIOIDES	GABAPENTINOIDES
Efecto placebo	2,8% (5)	0	0
No encuentro alternativas	0	36,1% (65)	29,4% (53)
Pacto terapéutico con el paciente	58,3% (105)	43,3% (78)	35% (63)
Necesidad de dar respuesta farmacológica	30% (54)	15,6% (28)	23,3% (42)
Presión por parte del paciente	1,7% (3)	2,2% (4)	3,3% (6)
Otros	7,2% (13)	2,8% (5)	8,9% (16)

co es siempre, casi siempre o con frecuencia, más eficaz que el tratamiento farmacológico. El 77,2% proporciona educación en dolor, y el 99,4% recomienda mantenerse activo y hacer ejercicio físico.

Asimismo, el 59,4% manifestó que contar con centros que ofrezcan ejercicio supervisado facilitaría una menor prescripción farmacológica, seguido por una mayor accesibilidad a fisioterapia (18,9%) y estrategias formativas (6,7%) o campañas de salud pública (6,7%).

DISCUSIÓN

Los resultados reflejan cómo algunas creencias de las/los profesionales están alineadas con las GPC, mientras que otras se alejan.

En primer lugar, el 59,4% considera que el paracetamol tiene una eficacia limitada en dolor crónico osteomuscular. Esta creencia está respaldada por guías como la de la American College of Rheumatology (2019)⁸ o la de la Osteoarthritis Research Society International (OARSI)⁹, que hacen una recomendación débil sobre el uso de paracetamol. Sin embargo, dado su perfil de seguridad, una revisión BMJ Evidence Based Medicine de 2019¹⁰ continúa considerándolo de primera línea.

En cuanto a los AINE tópicos, un 27,3% de la muestra los considera de primera línea en artrosis de rodilla y articulaciones pequeñas, frente a la recomendación de la guía del American College of Rheumatology (2019)⁸, que concluye que están fuertemente recomendados y que los AINE orales deben utilizarse en pacientes con artrosis de rodilla, cadera y/o mano, en dosis lo más bajas posibles y durante el menor tiempo posible.

Sobre los opioides, el 62,8% cree que son eficaces en DCNO y el 50% los considera seguros, existiendo una tendencia mayor a su prescripción por las/los profesionales con mayor experiencia laboral en contra de guías como la de la American College of Physicians de 2020¹¹ o estudios como el publicado en JAMA en 2023¹², que establece que los opioides no fueron más eficaces que placebo en la reducción de dolor lumbar o cervical pasadas 6 semanas de trata-

miento. Igualmente, el boletín INFAC¹³ concluye que los opioides «no han demostrado un perfil beneficio-riesgo favorable a largo plazo en el DCNO y su uso debe ser excepcional».

En cuanto a los gabapentinoides, la evidencia es controvertida. Según una revisión publicada en Tools for Practice, del Colegio de Médicos de Familia de Alberta (Canadá)¹⁴, el beneficio de estos fármacos en dolor crónico ha sido exagerado mediante sesgos de publicación e información. No hay pruebas provenientes de ensayos con pregabalina de que sea superior a gabapentina¹⁵. Pese a ello, un 45,6% de la muestra los considera efectivos en lumbociatalgia crónica.

Un manejo del DCNO basado en educación y ejercicio físico es considerado más eficaz que el tratamiento farmacológico por un 72,8% de nuestra muestra, en consonancia con las recomendaciones de las guías. Sin embargo, según los resultados de la encuesta, existe una demanda insatisfecha de mayor número de centros para la realización de ejercicio supervisado (58,8%) y una percepción de barreras logísticas y estructurales para su implementación efectiva.

Se sabe que hay una importante brecha entre las recomendaciones de las GPC y la práctica habitual¹⁶. En un estudio cualitativo realizado en Suiza sobre la gestión del DCNO por personal médico de Atención Primaria, se identificaron factores clave como la necesidad de un enfoque biopsicosocial, cautela en el uso de opioides y preferencia de un manejo no farmacológico en estos casos. Además, el estudio destaca la complejidad del manejo del dolor crónico y la necesidad de educación en este ámbito¹⁷. Otro estudio realizado con pacientes con dolor lumbar destaca también la importancia de un enfoque centrado no solo en lo físico, sino en el contexto social y personal del paciente para un mejor manejo del dolor¹⁸. Por tanto, son necesarios estudios adicionales en nuestro entorno que evalúen las creencias y los resultados clínicos, así como intervenciones educativas para mejorar el manejo del DCNO.

Limitaciones

Las principales limitaciones del estudio fueron la imposibilidad de verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión debido a la distribución telemática y la baja tasa de respuesta obtenida al haber sido enviado de forma telemática y a pesar de llevar a cabo dos envíos del cuestionario separados en el tiempo.

CONSIDERACIONES

El estudio fue aprobado por la Comisión Central de Investigación de Atención Primaria de Madrid (Código 20230040) y el Comité de Ética de Investigación del Hospital 12 de Octubre (N.º CEIm: 24/056). Se garantizó la confidencialidad de las personas participantes, conforme al Reglamento (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

FINANCIACIÓN

Las autoras declaran no haber financiación de ningún tipo.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020 Sep;161(9):1976. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939.
- Nugraha B, Gutenbrunner C, Barke A, Karst M, Schiller J, Schäfer P; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: functioning properties of chronic pain. *Pain*. 2019 Ene;160(1):88. doi:10.1097/j.pain.0000000000001433.
- Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz. Barómetro del dolor crónico en España 2022. [Internet]. Fundación Grünenthal; 2023 [citado 10 mar 2025]. Disponible en: <https://www.fundaciongrunenthal.es/fundacion/pdfs/barometro-dolor-crónico-espana-2022-resumen-ejecutivo.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Gobierno de España; 2020 [citado 10 mar 10]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf
- Sánchez Jiménez J, Tejedor Varillas A, Carrascal Garrido R. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico en Atención Primaria. Documento de Consenso. [Internet]. 2016 [citado 10 mar 2025]. Disponible en: <https://www.semptyc.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain [Internet]. Guía NICE n.º 193. 2021 [citado 13 mar 2025]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143>
- Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 2022 [Internet]. 2023 [citado 13 mar 2025]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf
- Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020 Feb;72(2):149-62. doi:10.1002/acr.24131.
- Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2019 Nov;27(11):1578-89. doi:10.1016/j.joca.2019.06.011.
- Onakpoya IJ. Paracetamol as first line for treatment of knee and hip osteoarthritis. *BMJ Evid Based Med*. 2020 Feb;25(1):40. doi:10.1136/bmjebm-2019-111213.
- Qaseem A, McLean RM, O'Gurek D, Batur P, Lin K, Kansagara DL, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians, Commission on Health of the Public and Science of the American Academy of Family Physicians, Cooney TG, Forciea MA, Crandall CJ, Fitterman N, Hicks LA, Horwitz C, et al. Nonpharmacologic and pharmacologic management of acute pain from non-low back, musculoskeletal injuries in adults: a clinical guideline from the American College of Physicians and American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med*. 2020 Nov;173(9):739-48. doi:10.7326/M19-3602.
- Harris E. Opioids no better than placebo at relieving back pain. *JAMA*. 2023 Ago 1;330(5):401. doi: 10.1001/jama.2023.12536.
- Dolor crónico no-oncológico: ¿opioides? [Internet]. INFAC. 2022;30(1):1-10. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2022/es_defAdjuntos/INFAC_Vol_30_1_OPIOIDES-DCNO.pdf
- Allan GM, Bassett KL. Gabapentin & Chronic Pain: Missing Evidence and Real Effect? Tools for Practice. Alberta College of Family Physicians. [Internet]. 2010 [citado el 7 de enero de 2025]. Disponible en: <https://fcpclearn.ca/fp25/>
- Roche Bueno JC. Eficacia de pregabalina, gabapentina y duloxetina en el dolor neuropático verificado por el análisis de la curva-p. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020;27(1):16-23. doi:10.20986/resed.2020.3727/2019.
- Buchbinder R, Underwood M, Hartvigsen J, Maher CG. The Lancet Series call to action to reduce low value care for low back pain: an update. *Pain*. 2020 Sep;161 Suppl 1(1):S57-S64. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001869. PMID: 33090740; PMCID: PMC7434211.
- Rufener L, Akre C, Rodondi P-Y, Dubois J. Management of chronic non-cancer pain by primary care physicians: A qualitative study. *PLoS One*. [Internet]. 2024;19(7):e0307701. doi: 10.1371/journal.pone.0307701
- Dalle G, Aloiso Alves C, Clerc P, Le Breton J. A narrative approach for the management of low back pain in general practice: An in-depth patient interviews study. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2025;31(1):2522183. doi: 10.1080/13814788.2025.2522183

Anexo 1. Cuestionario

Abordaje del dolor crónico no oncológico en Atención Primaria

El siguiente cuestionario ha sido elaborado con la intención de poder valorar el manejo del dolor crónico no oncológico (DCNO) por parte del personal médico de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Está compuesto por 23 ítems y su cumplimentación no requiere un tiempo superior a 5-10 minutos.

Muchas gracias por tu colaboración.

Doy mi consentimiento para la participación en este proyecto de investigación y el uso de los datos para este fin.

1. Edad

- Menor de 35 años
- Entre 35 y 50 años
- Mayor de 50 años

2. Género

- Femenino
- Masculino
- Otros

3. Experiencia laboral

- Médico interno residente
- Menos de 5 años
- Entre 5 y 15 años
- Más de 15 años

4. Situación laboral

- Fijo
- Otros

5. Tiempo de permanencia en el centro de salud actual

- Menos de 3 años
- Entre 3 y 10 años
- Más de 10 años

6. Demanda media de pacientes en consulta

- Menos de 35 pacientes/día
- Entre 35 y 45 pacientes/día
- Más de 45 pacientes/día

7. ¿Crees que el PARACETAMOL es efectivo en el manejo del dolor crónico osteomuscular (ej.: lumbalgia o gonalgia)?

- Nada
- Muy poco
- Poco
- Bastante
- Mucho

8. Cuando prescribes PARACETAMOL para el manejo de dolor crónico osteomuscular, ¿por qué lo haces?

- Siento la necesidad de dar una respuesta farmacológica al paciente
- Siento presión por parte del paciente
- Busco el efecto placebo de prescribir un fármaco
- Hago un pacto terapéutico con el paciente y explico el balance riesgo/beneficio
- Otros

9. ¿Crees que el uso de antinflamatorio no esteroideo (AINE) tópico tiene una efectividad similar al AINE oral en el manejo del dolor asociado a gonartrosis?

- No
- Sí

10. ¿Crees que el AINE tópico es el tratamiento de primera línea en el manejo del dolor asociado a gonartrosis?

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

11. ¿Prescribes AINE oral para el manejo del DCNO?

- Nunca
- Pocas veces
- Con frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

12. Cuando prescribes AINE oral en DCNO lo haces:

- Por un período breve y en dosis baja
- Por un período breve y en dosis alta
- Lo dejo a demanda para períodos concretos
- Lo mantengo de forma crónica

13. ¿Crees que los OPIOIDES son fármacos eficaces en el tratamiento del DCNO?

- Nada
- Muy poco
- Poco

- Bastante
 - Mucho
14. ¿Crees que los OPIOIDES son fármacos seguros en el tratamiento del DCNO?
- Nada
 - Muy poco
 - Poco
 - Bastante
 - Mucho
15. Cuando prescribes OPIOIDES de forma crónica en el DCNO, ¿por qué lo haces?
- Siento la necesidad de dar una respuesta farmacológica al dolor moderado-severo
 - Siento presión por parte del paciente
 - No encuentro otras alternativas al manejo de esta situación
 - Hago un pacto terapéutico con el paciente y explico el balance riesgo/beneficio
 - Otros
16. ¿Crees que los OPIOIDES pautados en el DCNO afectan a la esperanza de vida del paciente?
- Nada
 - Muy poco
 - Poco
 - Bastante
 - Mucho
17. ¿Consideras que los GABAPENTINOIDES son efectivos en el manejo de la lumbociatalgia crónica?
- Nada
 - Muy poco
 - Poco
 - Bastante
 - Mucho
18. Cuando prescribes GABAPENTINOIDES en DCNO lo haces por:
- Siento la necesidad de dar una respuesta farmacológica al dolor moderado-severo
 - Siento presión por parte del paciente
 - No encuentro otras alternativas al manejo de esta situación
 - Hago un pacto terapéutico con el paciente y explico el balance riesgo/beneficio
 - Otros
19. ¿Crees que un manejo basado en la educación en el dolor y el ejercicio físico es más eficaz que el tratamiento farmacológico en el DCNO?
- Nunca
 - Pocas veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
 - Siempre
20. ¿Proporcionas a los pacientes con DCNO educación en el dolor?
- Nunca
 - Pocas veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
 - Siempre
21. ¿Le das a los pacientes con DCNO consejo de permanecer activo y realizar ejercicio físico?
- Nunca
 - Pocas veces
 - Con frecuencia
 - Casi siempre
 - Siempre
22. ¿Qué es lo que más podría ayudarte a disminuir la prescripción de fármacos en DCNO?
- Fisioterapia más accesible
 - Formación específica
 - Gimnasios de apoyo
 - Centros con ejercicio supervisado y adaptado
 - Campañas de salud pública
 - Coordinación con otros especialistas
 - Otros
23. ¿Crees que seguir la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilizando analgésicos, AINE, opioides débiles, opioides potentes y adyuvantes es adecuado para el control del dolor?
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo