

XIV

CONGRESO DE LA SEMFYC

MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



SALVANDO OBSTÁCULOS EN LA ATENCIÓN AL DOLOR CRÓNICO



Grupo de abordaje de dolor persistente SoMaMFyC



XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE ININTERESES

Ninguno

XIV

CONGRESO DE LA SEMFYC

MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



“ME HE QUEDADO SIN DISCOS, POR
ESO ME DUELE CUANDO ME MUEVO”

“ME DIJERON QUE TENGO UNA
DEGENERACIÓN DEL CARTÍLAGO Y QUE NO
SE PUEDE HACER NADA NI MEJORAR,
SOLO EVITAR QUE VAYA A PEOR. EL
MÉDICO ME HA PROHIBIDO COGER PESO”.

XIV

CONGRESO DE LA SEMFYC

MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



“EL MÉDICO ME HA DICHO QUE TENGO LOS
HUESOS DE MALA CALIDAD”

El especialista me dijo: “ES UN MILAGRO
QUE ESTÉ CAMINANDO. SE VA A QUEDAR
EN SILLA DE RUEDAS COMO SIGA ASÍ”.



10 enfermedades
más prevalentes en
la población
española

4 relacionados con
DCNO

Dolor lumbar
crónico

Dolor cervical
crónico

Migrañas o
cefaleas crónicas

Artrosis

Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2020. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]; 2020 [citado 12 de junio de 2023]. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf



- El dolor es siempre una EXPERIENCIA PERSONAL influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.

- DOLOR ≠ NOCICEPCIÓN. El dolor NO puede deducirse exclusivamente de la actividades de las neuronas sensoriales.

- El concepto de dolor se aprende a través de las experiencias de vida.

- Si una persona manifiesta una experiencia dolorosa, ésta debe ser respetada.

- Aunque el dolor usualmente cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la funcionalidad y el bienestar social y psicológico

- La imposibilidad de comunicarse verbalmente no niega la posibilidad de tener dolor.

Nocicepción ≠ Daño ≠ Dolor



XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



DOLOR

"Cualquier experiencia que la persona dice que es dolor, existiendo siempre que él o ella dice que lo es."

Mary Margo McCaffery, 1968

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



EN LA CONSULTA: Lo primero es conectar con el paciente (lenguaje no verbal, escucha activa...) con el objetivo de validar su dolor.



XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



En ocasiones, nuestras propias creencias en torno al dolor son los primeros obstáculos a superar.



XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Acciones innecesarias y con efectos
adversos

Mensajes y recomendaciones
con efectos negativos



XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Los profesionales con creencias de dolor como daño en los tejidos van a tender a recomendar reposo, no adhiriéndose a las recomendaciones de las GPC.

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. enero de 2012;16(1):3-17.

XIV

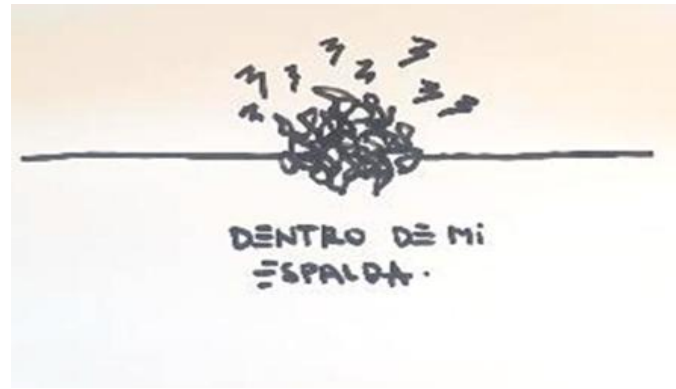
CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



La manera en que las personas piensan acerca de su dolor: es un factor predictivo de la cronicidad.



La información que damos forma parte del tratamiento

VIEWPOINT

Arthur J. Banks, MD
Department of
Psychiatry, Brigham &
Women's Hospital,
Boston, Massachusetts.



Supplemental
content

The Iatrogenic Potential of the Physician's Words

Some of the information that physicians convey to their patients can inadvertently amplify patients' symptoms and become a source of heightened somatic distress, an effect that must be understood by physicians to ensure optimal management of patient care. This effect illustrates the iatrogenic potential of information, as opposed to the iatrogenic potential of drugs and procedures.

Somatic symptoms and underlying disease do not have a fixed, invariable, one-to-one equivalence. Symptoms can occur in the absence of demonstrable dis-

knowledge of adverse effects influences the reported incidence of these symptoms. Thus, the frequency and profile of adverse effects manifested by patients randomized to receive placebo in controlled, double-blind clinical trials are similar to those they have been told may occur with the active comparator drug.

Providing test results of dubious clinical significance also can lead to increased symptoms. For example, in a randomized study of acute low back pain, one group (n = 210) underwent spine imaging, whereas the

Information is an important mediator
of the variability in the relationship
between disease and symptoms.

JAMA December 26, 2017 Volume 318, Number 24

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Es un milagro que esté caminando. Se
va a quedar en silla de ruedas como
siga así.





EJEMPLO DE TRATAMIENTO EN PACIENTE CON DOLOR PERSISTENTE

- Paracetamol
- Metamizol
- 1 opioide menor
- 2 opioides mayores

MEDICAMENTO

! FENTANILO MATRIX STADA 25 MICRO.
! TAPENTADOL 100 MG 60 COMPRIMID..
! ZALDIAR 37,5 MG/325 MG COMPRIMID..
FLECAINIDA NORMON 100 MG COMPRIM..
MOVICOL 13,8G SOBRES POLVOPARA S..
FUROSEMIDA 40 MG 30 COMPRIMIDOS
! LEXATIN 1.5MG 30 CAPSULAS
RIVAROXABAN 15MG 28 COMPRIMIDOS
METAMIZOL 575 MG 20 CAPSULAS
ACREL 75 MG COMPRIMIDOS RECUBIER..
ALDACTONE 25 MG COMPRIMIDOS REC..
ATORVASTATINA 20 MG 28 COMPRIMIDOS
OMFPRAZOL 20 MG 28 CAPSULAS



- No hay evidencia que apoye el uso de paracetamol, aunque por su perfil de riesgo no hay que descartar su uso si el paciente responde.¹
- Los antiinflamatorios (AINE) tópicos tienen una eficacia limitada, pero pueden recomendarse, especialmente a pacientes con artrosis de mano y rodilla con comorbilidades gastrointestinales o cardiovasculares y a pacientes con fragilidad.²

1. 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. 31 de marzo de 2015;350:h1225.

2. Derry S, Wiffen PJ, Kalso EA, Bell RF, Aldington D, Phillips T, Gaskell H, Moore RA. Topical analgesics for acute and chronic pain in adults - an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 5. Art. No.: CD008609. DOI: 10.1002/14651858.CD008609.pub2. Accedida el 18 de marzo de 2024.



- Opioides débiles (p.ej., tramadol) no es tan efectivo ni tan seguro como creíamos. A partir de 12 semanas el perfil riesgo/beneficio es negativo.¹
- Opioides potentes²:
 - a corto plazo, evidencia de calidad muy baja a baja de que pueden mejorar un poco (<1 punto en escala 0-10) el dolor lumbar crónico pero con efectos secundarios
 - a largo plazo, no superiores a no opioides en mejoría de dolor ni discapacidad y más efectos adversos, abuso o dependencia, y posiblemente a un aumento de mortalidad por todas las causas.

1. Li L, Marozoff S, Lu N, Xie H, Kopec JA, Cibere J, Esdaile JM, Aviña-Zubieta JA. Association of tramadol with all-cause mortality, cardiovascular diseases, venous thromboembolism, and hip fractures among patients with osteoarthritis: a population-based study. *Arthritis Res Ther*. 2022 Apr 11;24(1):85. doi: 10.1186/s13075-022-02764-3. Erratum in: *Arthritis Res Ther*. 2022 May 18;24(1):114. doi: 10.1186/s13075-022-02805-x. PMID: 35410440; PMCID: PMC8996663.

2. Nury, Edrisa,*; Schmucker, Christine; Nagavci, Blina; Motschall, Edith; Nitschke, Kaia; Schulte, Erik; Wegwarth, Odette; Meerpohl, Joerg J.a.e. Efficacy and safety of strong opioids for chronic noncancer pain and chronic low back pain: a systematic review and meta-analyses. *PAIN* 163(4):p 610-636, April 2022. | DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002423



- Los gabapentinoides no son efectivos en dolor lumbar, ciática, estenosis de canal o migraña, y se desaconseja su uso.
- Antidepresivos: duloxetina muestra eficacia moderada en todos los objetivos a una dosis estándar (con el resto de antidepresivos la evidencia fue baja o incierta, y no se puede establecer el efecto de los antidepresivos en la depresión asociada al dolor crónico), pero no hay evidencia de la eficacia ni de la seguridad a largo plazo.

1. Mathieson S, Lin CWC, Underwood M, Eldabe S. Pregabalin and gabapentin for pain. BMJ. 28 de abril de 2020;369:m1315.

2. Birkinshaw H, Friedrich CM, Cole P, Eccleston C, Serfaty M, Stewart G, White S, Moore RA, Phillippo D, Pincus T. Antidepressants for pain management in adults with chronic pain: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2023 May 10;5(5):CD014682. doi: 10.1002/14651858.CD014682.pub2. PMID: 37160297; PMCID: PMC10169288.



PRIMUM NON NOCERE

- Pactar 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; moviendo el objetivo del tratamiento a mantener/mejorar la función.
- El fármaco no es la solución, es un TRAMPOLÍN para que el paciente se mantenga activo o recupere la actividad.



¡No pongas tratamientos crónicos para el dolor crónico!
Y en los que están puestos... ¡plantéate una deprescripción consensuada!

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA





COLUMNA LUMBAR

Imaging Finding	Age (yr)						
	20	30	40	50	60	70	80
Disk degeneration	37%	52%	68%	80%	88%	93%	96%
Disk signal loss	17%	33%	54%	73%	86%	94%	97%
Disk height loss	24%	34%	45%	56%	67%	76%	84%
Disk bulge	30%	40%	50%	60%	69%	77%	84%
Disk protrusion	29%	31%	33%	36%	38%	40%	43%
Annular fissure	19%	20%	22%	23%	25%	27%	29%
Facet degeneration	4%	9%	18%	32%	50%	69%	83%
Spondylolisthesis	3%	5%	8%	14%	23%	35%	50%

Prevalencia estimada por edad de cambios en pruebas de imagen en columna lumbar en sujetos asintomáticos.

Brinjikji 2015



Outcomes

Outcome	No. of Studies	OR (95% CI)	Prevalence Asymptomatic	Prevalence Symptomatic	P Value ^a	I ² (%)
Annular fissure	6	1.79 (0.97–3.31)	11.3% (9.0%–14.2%)	20.1% (17.7%–22.8%)	.06	59
High-intensity zone	4	2.10 (0.73–6.02)	9.5% (6.7%–13.4%)	10.4% (8.0%–13.4%)	.17	72
Central spinal canal stenosis	2	20.58 (0.05–798.77)	14.0% (10.4%–18.6%)	59.5% (54.9%–63.9%)	.32	94
Disc bulge	3	7.54 (1.28–44.56)	5.9% (3.8%–8.9%)	43.2% (38.2%–48.2%)	.03	90
Disc degeneration	12	2.24 (1.21–4.15)	34.4% (31.5%–37.5%)	57.4% (54.8%–59.8%)	.01	89
Disc extrusion	4	4.38 (1.98–9.68)	1.8% (0.1%–3.7%)	7.1% (5.4%–9.4%)	<.01	0
Disc protrusion	9	2.65 (1.52–4.62)	19.1% (16.5%–22.3%)	42.2% (39.3%–45.1%)	.00	62
Modic changes	5	1.62 (0.48–5.41)	12.1% (9.6%–15.2%)	23.2% (21.7%–27.3%)	.43	65
Modic 1 changes	2	4.01 (1.10–14.55)	3.2% (0.7%–9.4%)	6.7% (4.2%–10.4%)	.04	0
Spondylolisthesis	4	1.59 (0.78–3.24)	3.2% (1.8%–5.8%)	6.2% (4.4%–8.7%)	.20	0
Spondylolysis	2	5.06 (1.65–15.53)	1.8% (0.0%–5.3%)	9.4% (6.6%–12.4%)	<.01	0

^a P values are computed from the meta-analysis of ORs. Prevalence data are provided for reference but are not meant for statistical comparison.

Prevalencia cambios en hallazgos de imagen en columna lumbar
asintomáticos vs sintomáticos

Brinjikji 2015

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



≡ EL PAÍS

1 AÑO, 12 €



SANIDAD >

E No hay radiólogo para tanta prueba: “Entre un 20% y un 30% de las que se piden no sirve para nada”

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Y entonces, ¿qué hacemos?



Valoración
individual

Petición de pruebas solo si
sospecha de patología
específica



OBJETIVO RECUPERACIÓN FUNCIONAL

¿Qué es
relevante para tí?



Recuperar las cosas que ha dejado de hacer
(personal, social, laboral)



Función
física, cognitiva y social

FUNCIONALIDAD



DOLOR



XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



IMPORTANTE CAMBIAR LO QUE LAS PERSONAS



PIENSAN



HABLAN



TRATAN

Carville S, Constanti M, Kosky N, Stannard C, Wilkinson C; Guideline Committee. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: summary of NICE guidance. BMJ. 2021 Apr 21;373:n895. doi: 10.1136/bmj.n895. PMID: 33883123.



Recomendaciones:

- Evitar mirar hacia arriba.
- Evitar coger pesos y hacer sobreesfuerzos.
- Evitar posturas mantenidas de los MMSS por encima de la horizontal.
- Evitar separar el codo del cuerpo $> 30^\circ$ de forma mantenida.
- Mantener los antebrazos apoyados en una superficie cuando utilice un ordenador.
- Evitar la flexión anterior y la hiperextensión de C. Lumbar.
- Evitar posturas mantenidas, tanto en sedestación, como en bipedestación.
- Evitar actividades de alto impacto (caminar mucho) y en su lugar realizará actividades aeróbicas de carga menor: bicicleta estática (con el sillín alto) y/o natación.
- Cuando salga a pasear, debe caminar 20 min y sentarse 3-4min, después caminar otros 20min y sentarse otros 3-4 min y así sucesivamente.
- Evitar dormir sobre el hombro doloroso.
- Evitar flexión de Rodilla $> 90^\circ$.
- Perder peso
- Evitar actividades de alto impacto (caminar mucho) y en su lugar realizará actividades aeróbicas de carga menor: bicicleta estática (con el sillín alto) y/o natación
- Evitar actividades que impliquen flexoextensión repetida de rodilla en carga.
- Evitar posturas prolongadas de sedestación con flexión forzada de rodilla.
- Ayudarse de los brazos al incorporarse de sedestación a bipedestación
- Evitar cualquier actividad que produzca dolor





MITO 1: LAS MALAS POSTURAS SON LA CAUSA DE TU DOLOR



Postura
mantenida



Tejidos
incómodos

PERCEPCIÓN



Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG; Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. Lancet. 2018 Jun 9;391(10137):2368-2383. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30489-6. Epub 2018 Mar 21. PMID: 29573872.

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA





MITO 2: EL DOLOR INDICA QUE DEBO PARAR

GPC aconsejan EDUCACION EN DOLOR Y EJERCICIO FÍSICO
como tratamiento de primera línea

“Movement can replace many drugs,
But no drug can ever replace movement”

¡¡¡MANTENERSE ACTIVO!!!

National Guideline Centre (UK). Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2016 Nov. PMID: 27929617.

Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG; Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. Lancet. 2018 Jun 9;391(10137):2368-2383. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30489-6. Epub 2018 Mar 21. PMID: 29573872.

Corp N, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Morsø L, Hill JC, van der Windt DA. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. Eur J Pain. 2021 Feb;25(2):275-295. doi: 10.1002/ejp.1679. Epub 2020 Nov 12. PMID: 33064878; PMCID: PMC7839780.



¿Por dónde empezamos?



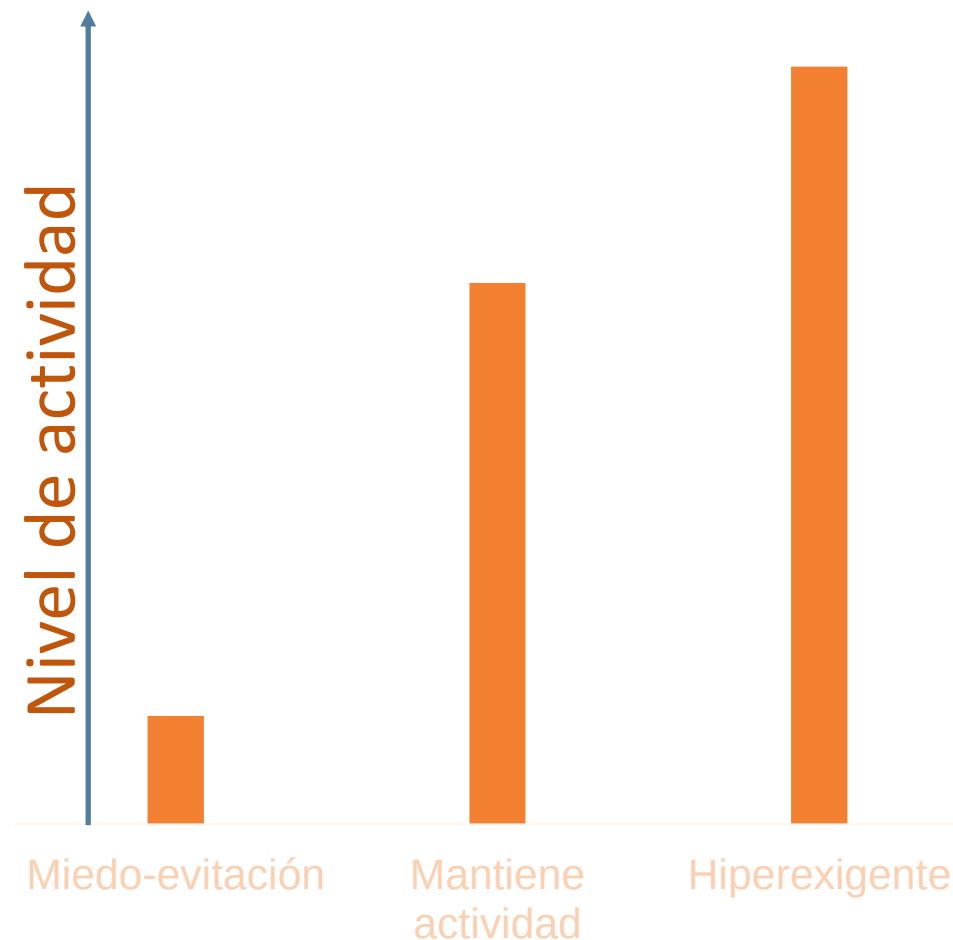
- Anamnesis (tipo de dolor, comportamiento 24h, factores agravantes y de alivio, actividades que ha dejado de hacer...)
- Escalas y cuestionarios (DN4, EGDC, Orebro, PCS, TSK, FABQ...)
- Exploración física (¡NRL!)





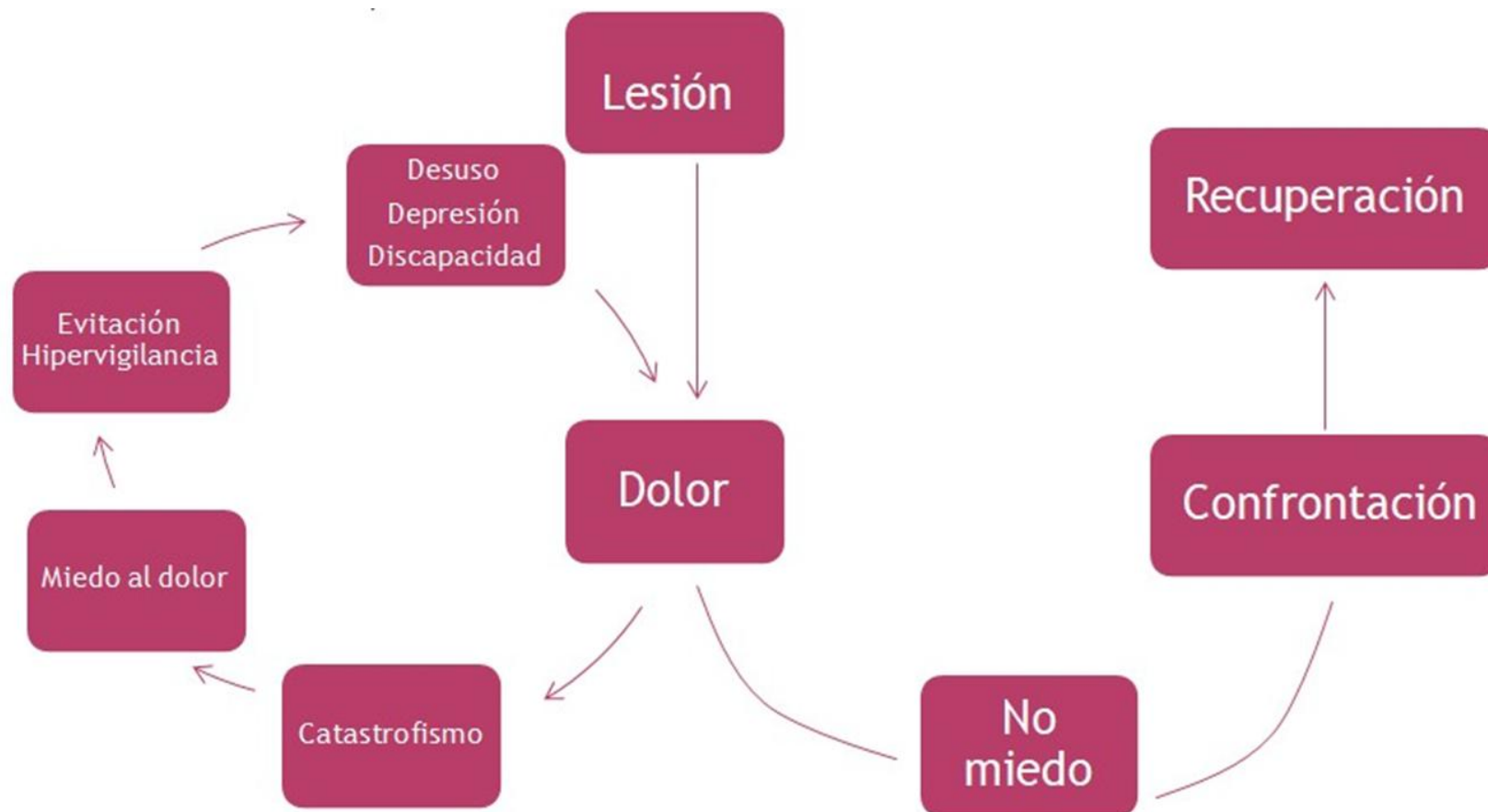
¿Por dónde empezamos?

- Diferentes perfiles de paciente (experiencia clínica):
 - Miedo/deja de moverse
 - Mantiene actividad diaria y estilo de vida similar al anterior
 - Hiperexigente, alto nivel de actividad a pesar de que esta pueda aumentar su dolor de forma significativa





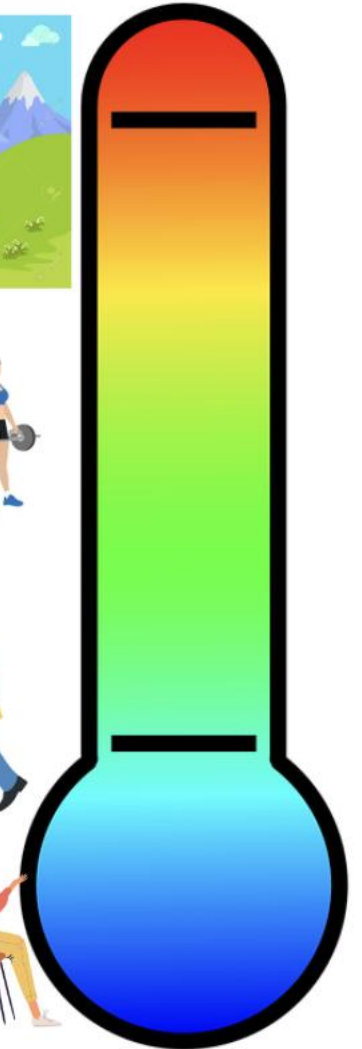
Modelo de miedo-evitación (Vlaeyen)





Herramientas

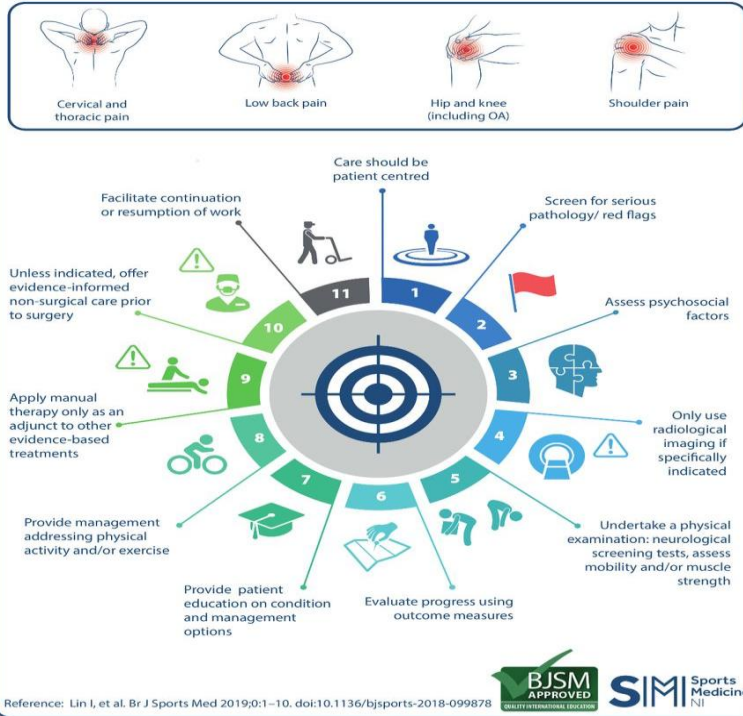
- Educación en dolor
- Exposición o actividad graduada
 - “Termómetro”
 - 4-6 actividades que la persona haya dejado de hacer, ordenadas de menor a mayor dificultad.
 - Puede incluir actividades sociales, no solo necesariamente movimiento/ejercicio.
 - Utilizar para planificar activación progresiva y con objetivos que el paciente pueda alcanzar y le permitan observar que mejora su funcionalidad.





11 Best Practice Recommendations for Care in Musculoskeletal Pain

Infographic summary of a systematic review undertaken to identify common recommendations for high-quality care for the most common musculoskeletal pain sites encountered by clinicians in emergency and primary care



2018

What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review

Ivan Lin¹,² Louise Wiles,² Rob Waller,² Roger Goucke,⁴ Yusuf Nagree,^{5,6} Michael Gibberd,⁷ Leon Straker⁸,⁹ Chris G. Maher,⁹ Peter P. O'Sullivan¹⁰

ABSTRACT
Objectives: To identify common recommendations for high-quality care for the most common musculoskeletal (MSK) pain sites encountered by clinicians in emergency and primary care (spinal (lumbar, thoracic and cervical), hip/knee (including osteoarthritis [OA]) and shoulder) from contemporary, high-quality clinical practice guidelines (CPGs).

What is already known

► There is an urgent need to improve quality of care for musculoskeletal (MSK) pain conditions. This is a priority for clinicians, health care services, researchers and policy makers.
► MSK pain in different body areas share similar

Recomendaciones para pacientes con dolor musculoesquelético:

1. Asegurarse de que la atención esté centrada en el paciente.
2. Detectar banderas rojas.
3. Evaluar factores psicosociales.
4. Utilizar selectivamente pruebas de imagen.
5. Realizar exploración física: neurológica, movilidad y fuerza muscular.
6. Registrar la progresión del paciente (medidas).
7. Proporcionar educación.
8. Prescribir actividad física/ejercicio.
9. Utilizar la terapia manual solo como complemento de otros tratamientos.
10. A menos que esté indicado, proporcionar tratamientos no quirúrgicos de alta calidad antes de plantear cirugía.
11. Facilitar la continuación o reanudación del trabajo.



MENSAJE FINAL

Dolor

Actividad limitada

Fase inicial

Mantener la actividad dentro de las posibilidades de cada persona

Medicación

Modular el dolor para permitir la actividad

Actividad progresiva

Aumentar gradualmente los niveles de actividad

Recuperación/ Mantenimiento

Actividad diaria recuperada

