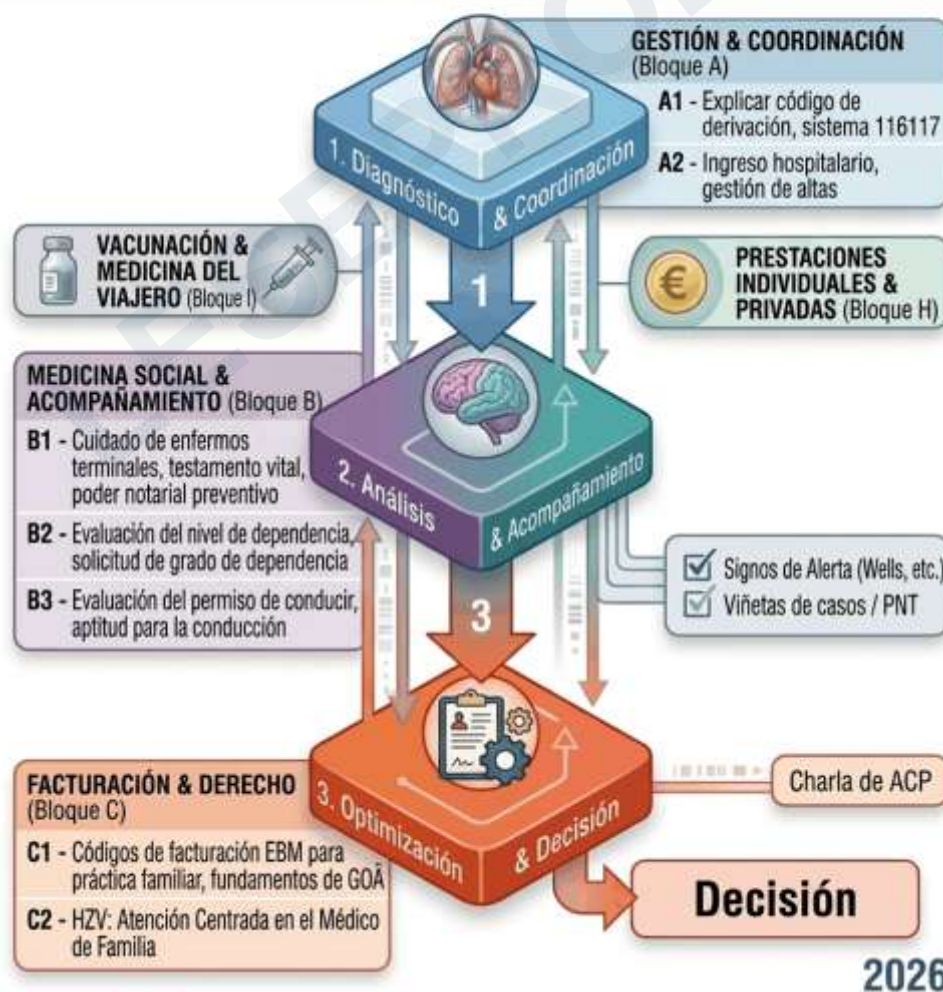


ClinicalOS: toma de decisiones estructurada en medicina de familia

Volumen 9: Temas transversales específicos de la medicina de familia

El Sistema Transversal: Gestión, Medicina Social, Facturación & Prevención

Sistema Modular de Gestión para la Práctica de Medicina de Familia



Medicina social · Gestión de la atención sanitaria · Facturación · Organización · Prevención
Vacunación · Digitalización · IGEL y prestaciones privadas · Psicosomática

Acerca de esta muestra

Volumen 9 · Temas transversales específicos de la medicina de familia

Esta muestra seleccionada contiene 39 páginas de un volumen de 258 páginas (objetivo del 15 %; mínimo de 12 páginas, incluidas las páginas de aviso y cierre). Los capítulos indicados se incluyen completos. Se conserva la paginación original; los saltos son intencionados. Esta lista y los marcadores permiten acceder a los contenidos incluidos. Las referencias cruzadas pueden remitir al volumen completo.

- **J2 - Asesoramiento sobre el estilo de vida en la consulta de medicina general**
- **C6 - Dolor crónico complejo y tratamiento multimodal del dolor (MMST)**

Los avisos originales sobre uso y responsabilidad también se aplican a esta muestra.

Derechos de autor · Aviso legal

Dr. med. Götz Huber

El sistema operativo clínico de la medicina de familia

Volumen 9: Temas transversales específicos de la medicina de familia

© 2026 Dr. med. Götz Huber. Todos los derechos reservados.

Esta obra, incluidas todas sus partes, está protegida por derechos de autor. Cualquier uso fuera de los estrictos límites de la Ley de Propiedad Intelectual está prohibido sin el consentimiento del autor y es punible.

Nota: La información contenida en este libro ha sido cuidadosamente investigada y verificada. Dado que las herramientas de IA y el marco normativo cambian rápidamente, es posible que algunos datos ya estén desactualizados en el momento de la lectura. Encontrará actualizaciones en <https://clinicalos.de/>. La mención de productos y fabricantes se realiza sin garantía alguna y no constituye una recomendación de compra ni de uso.

Nota sobre la traducción, el contenido, el uso y la responsabilidad

Esta edición en español es una traducción de la obra original escrita en alemán. El concepto, la estructura y el contenido médico fundamental de ClinicalOS se desarrollaron inicialmente para la medicina general alemana y el sistema sanitario alemán, con el fin de proporcionar a los médicos de familia en ejercicio, a los médicos de familia en formación, a los auxiliares sanitarios y a los estudiantes de medicina un recurso de aprendizaje y consulta estructurado y orientado a la práctica. El contenido se basa en la literatura médica actual, en fuentes basadas en guías clínicas y en la experiencia práctica en medicina general.

Durante la adaptación lingüística, se han tenido en cuenta las referencias a directrices, prácticas clínicas y marcos normativos de otros entornos hispanohablantes, y se han destacado cuando ha sido pertinente y viable; en algunos ámbitos, también se presentan explícitamente las diferencias con respecto a las recomendaciones alemanas. Sin embargo, la traducción no constituye una adaptación sistemática de todos los aspectos médicos, terapéuticos o normativos a todos los países hispanohablantes. Las directrices profesionales, las autorizaciones de comercialización, las dosis aprobadas, los procedimientos de prescripción, las normas de reembolso y los requisitos normativos pueden variar de un país a otro; **las guías, la información oficial sobre prescripción y las disposiciones normativas actualmente aplicables en el país o sistema sanitario correspondiente siempre tienen prioridad.** La información sobre la posología se aplica a adultos sin insuficiencia renal significativa; se requieren ajustes individuales para pacientes de edad avanzada, aquellos con polifarmacia y durante el embarazo. **Se deben seguir prioritariamente las guías nacionales vigentes (p. ej., las de semFYC o el PAPPs).**

En la elaboración de este manual se han utilizado herramientas digitales, incluida la generación de texto asistida por IA. Posteriormente, el autor ha revisado todo el contenido para comprobar su exactitud técnica, coherencia y posibles errores. **No se puede garantizar la exactitud, actualidad o exhaustividad de la información facilitada;** no se puede descartar la ausencia total de errores, incluso en lo que respecta a las directrices o recomendaciones de dosificación que puedan haberse actualizado entretanto.

El contenido de este manual no sustituye a una evaluación médica individual y no debe interpretarse como recomendaciones terapéuticas vinculantes. Las decisiones diagnósticas y terapéuticas deben tomarse siempre caso por caso para cada paciente concreto, teniendo en cuenta el cuadro clínico completo y las directrices vigentes en cada momento. **Los médicos asumen la responsabilidad médica plena y última:** cualquier uso del contenido de este manual —ya sea como módulo de texto, procedimiento operativo estándar o recomendación terapéutica— requiere una revisión profesional independiente por parte del médico responsable del tratamiento. **El contenido generado digitalmente o con ayuda de la IA no puede ni debe sustituir al criterio médico.**

Cualquier uso de la información aquí presentada es responsabilidad exclusiva del lector. Quedan excluidas, por regla general, las reclamaciones de responsabilidad por daños de carácter material o inmaterial derivados del uso directo o indirecto de la información contenida en este manual, incluso cuando dicha información sea incompleta o contenga errores.

LESEPROBE

Introducción: ¿Qué es el Manal 9 y por qué existe?

La medicina de familia no es una especialidad que se limite a los sistemas orgánicos o a las entidades patológicas. Los médicos de familia son generalistas que toman a diario decisiones que van mucho más allá de las cuestiones puramente clínicas: ¿A quién se le concede un grado de dependencia? ¿Cómo se deriva de forma segura a un paciente con una crisis psiquiátrica al sistema asistencial? ¿Qué es realmente relevante en la lógica de facturación del EBM y cuánto le cuesta a la consulta desconocerlo? ¿Cómo se le explica a una paciente de 72 años que el código de urgencia que figura en su derivación agiliza el acceso al especialista? ¿Qué pruebas de detección se basan en la evidencia y cuáles son servicios IGEL sin valor añadido?

El Manual 9 responde precisamente a estas preguntas. Es el manual de los temas transversales de la medicina de familia: aquellas áreas que no encuentran suficiente espacio en los manuales clínicos de la serie (Manuales 2-4), pero que son relevantes en el día a día de la consulta. No es un libro de texto de medicina general, sino una arquitectura operativa para los temas que se sitúan entre la clínica, la organización, la comunicación, la documentación y el derecho.

Nota ✓

El Manual 9 es el manual de los temas transversales. No responde a preguntas como «¿Cuál es el diagnóstico?» o «¿Qué tratamiento se ajusta a las guías clínicas?», sino a otras como: «¿Cómo gestiono adecuadamente a los pacientes? ¿Cómo documento de forma que cumpla con los requisitos legales? ¿Cómo se organiza una consulta de medicina general moderna y qué facturo por ello?»

Concepto y diferenciación respecto a la serie de manuales

La serie ClinicalOS está estructurada de forma coherente según los niveles de atención. El Manual 9 tiene una estructura deliberadamente diferente a la de los volúmenes clínicos-diagnósticos y terapéuticos. No sigue la lógica de un sistema orgánico, sino la lógica de la realidad de la consulta.

Manual Tema principal		Relación con el Manual 9
Manual 1	Arquitectura de la toma de decisiones y razonamiento clínico	Base de todas las decisiones de la medicina de familia: el Manual 9 traslada esta lógica a cuestiones de procesos y organización.
Manual 2	Diagnóstico racional: decisiones sobre pruebas y gestión diagnóstica	Diagnóstico clínico; el Manual 9 lo complementa con la gestión de la atención sanitaria.
Manual 3	Comunicación y gestión de la entrevista	El Manual 9 integra elementos de comunicación específicos por tema (p. ej., conversación sobre la planificación anticipada de la atención, explicación del código de derivación).
Manual 4	Gestión de pacientes, algoritmos terapéuticos, posologías	Terapia clínica. Se prevé incluir como anexo al Manual 4 temas clínicos especializados más detallados (infecciones del tracto urinario, osteoporosis, síndrome del intestino irritable).
Manual 7	Organización de la consulta, procesos de equipo, procedimientos operativos estándar (SOP)	Solapamiento en temas organizativos; el Manual 9 complementa el ámbito estratégico y de medicina social.
Manual 9	Temas transversales específicos de la medicina de familia (este manual)	Gestión de la atención sanitaria, medicina social, facturación, prevención, digitalización, IGEL, vacunación.

Los temas clínicos de profundización, como el tratamiento de las infecciones del tracto urinario, el diagnóstico y el tratamiento de la osteoporosis, las molestias abdominales y el síndrome del intestino irritable, no se incluyen en el Manual 9, sino que se recogen como material adicional (anexo) al Manual 4, que va creciendo progresivamente. Esto permite que el Manual 9 se centre de forma concisa y coherente en su función principal: los temas transversales relacionados con la organización de la consulta y la medicina social. En caso de que el volumen del Manual 9 aumente considerablemente en el futuro, está previsto publicar un volumen independiente, el 11, dedicado a temas transversales ampliados.

Resumen de capítulos y distribución de temas

El Manual 9 está dividido en bloques temáticos. Los capítulos que contiene actualmente están identificados con un código de capítulo. Los capítulos previstos se irán añadiendo progresivamente.

Bloque	Tema
A – Gestión y coordinación de la asistencia sanitaria	Caso de derivación al médico de cabecera, 116117, código de urgencia, TSS
A – Gestión y coordinación de la atención sanitaria	Ingreso hospitalario, gestión del alta, derivación a rehabilitación
B – Medicina social y acompañamiento	Acompañamiento al final de la vida, testamento vital, poder preventivo, cuidados paliativos, suicidio asistido
B – Medicina social y acompañamiento	Evaluación del grado de dependencia, solicitud de niveles de dependencia, coordinación
B – Medicina social y acompañamiento	Evaluación para el permiso de conducir, aptitud para conducir en caso de enfermedad
B – Medicina social y acompañamiento	Medicina del trabajo y ambiental: notificación de enfermedad profesional, certificado de baja laboral, exposición
C – Facturación y aspectos jurídicos	Códigos de facturación del EBM para consultas de medicina general, fundamentos del GOÄ, listas de comprobación
C – Facturación y aspectos jurídicos	HZV: atención centrada en el médico de cabecera, lógica contractual, delimitación del EBM
H – IGEL y prestaciones privadas	IGEL: lo esencial frente a lo prescindible, GOÄ, análogos del GLP-1, obligaciones de información sobre IGEL

Estilo, estructura e instrucciones de uso

El Manual 9 sigue el estándar uniforme de capítulos de ClinicalOS. Todos los capítulos están estructurados según la misma lógica modular que se aplica a toda la serie de manuales.

Módulo	Función	Características distintivas
Nota ✓	Mensaje clave resumido o principio de seguridad	Cuadro verde con encabezado azul
Consejo práctico ★	Pequeña regla concreta de gran utilidad práctica	Cuadro azul
Señal de alerta ⚠	Errores peligrosos, situaciones críticas que requieren una escalada	Recuadro rojo
¡Errores prácticos!	Errores frecuentes y evitables en el día a día de la consulta	Cuadro naranja
SOP	Descripción numerada y directamente aplicable del procedimiento	Cuadro azul-azul claro
Módulo MFA	Bloque específico del equipo para la organización de la consulta y la delegación	Cuadro azul-azul claro
Caso práctico	Caso típico de medicina general con solución	Cuadro morado
Comparación rápida / Tabla	Orientación sobre conceptos, procedimientos y opciones de un solo vistazo	Tabla azul grisácea

Uso en la práctica diaria

- Cada capítulo se puede utilizar de forma independiente; no es necesario seguir una lectura lineal.
- Los procedimientos operativos estándar (SOP) y las listas de comprobación están diseñados para poder utilizarlos directamente durante la consulta o por teléfono.
- Los módulos para auxiliares médicos son bloques funcionales independientes: pueden separarse del capítulo y utilizarse como material de trabajo en equipo.
- Los elementos de información para el paciente que aparecen al final de cada capítulo pueden utilizarse directamente como folletos o textos para la sala de espera.
- Los bloques de texto para derivaciones y cartas médicas se pueden insertar en todos los sistemas de gestión de consultas habituales.
- Los módulos de sugerencias de IA (en capítulos seleccionados) pueden almacenarse en la wiki de la consulta o en el asistente de IA.

Público objetivo y diferenciación

Público objetivo	Módulos especialmente relevantes	Puntos de acceso típicos en el Manual 9
Médicos de familia	Todos los capítulos; especialmente lógicas de decisión, procedimientos operativos estándar (SOP), señales de alerta y consejos prácticos	Facturación (C1), gestión de la atención (A1), cuidados paliativos (B1)
Residentes	Comparativas rápidas, objetivos de aprendizaje, viñetas clínicas, clasificaciones	A1 (sistema 116117), B1 (fundamentos de la ACP), C1 (lógica de la medicina basada en la evidencia)
MFA / Equipo de la consulta	Módulos para auxiliares médicos, listas de verificación, cribados telefónicos, lógicas de seguimiento, folletos informativos para pacientes	A1: lista de comprobación para auxiliares de medicina; B1: tareas de los auxiliares de medicina; C1: procedimientos operativos estándar de codificación

Base empírica y principio de actualidad

El Manual 9 se basa, en su jerarquía de evidencia, en el estándar de toda la serie ClinicalOS. En temas sociomédicos y organizativos, las guías y directrices suelen estar menos disponibles que en la medicina clínica; en estos casos, se complementan con los conocimientos empíricos y consensuados de expertos cualificados en atención primaria, aunque siempre se indican como tales.

Tipo de evidencia	Uso en el Manual 9	Indicación en el texto
Leyes, reglamentos, directrices (SGB (Código Social alemán), BGB, EBM, GOÄ, G-BA)	Base vinculante; máxima prioridad	Formulado como marco vinculante
Directrices (DEGAM, AWMF, KBV (asociación federal alemana de médicos del sistema público), BÄK (Colegio Federal de Médicos alemán), G-BA)	Base médica especializada	Con indicación de las directrices y el grado de recomendación
Materiales informativos de la KV (colegio/asociación regional de médicos del sistema público alemán)/KBV, fuentes oficiales	Lógica de facturación, estructuras asistenciales	Con indicación de las fuentes
Recomendaciones prácticas / Consenso de expertos	Cuando faltan directrices o estas no se ajustan a la práctica clínica	Marcado como recomendación práctica
Conocimientos empíricos / Informes sobre la atención sanitaria	Ilustración de la realidad asistencial y los problemas prácticos	Marcado explícitamente como material empírico o contextual

El Manual 9 es un documento en constante evolución. Todos los capítulos se revisan cuando se producen cambios legislativos relevantes, actualizaciones de las directrices o modificaciones estructurales en el sistema sanitario. La versión actual se indica en el pie de página de cada capítulo.

J2 - Asesoramiento sobre el estilo de vida en la consulta de medicina general

La prevención entre el ideal, la presión del tiempo y la aplicación realista

Objetivos de aprendizaje

Tras estudiar este capítulo, podrá:

- Entender y organizar el asesoramiento sobre el estilo de vida como un proceso repetible y delegable en la consulta, en lugar de como una acción aislada.
- Identificar las causas más frecuentes del fracaso del asesoramiento sobre el estilo de vida en la práctica diaria de la medicina de familia y abordarlas de forma específica.
- Aplicar el modelo de las 5 A, las formas abreviadas de la entrevista motivacional, los objetivos SMART y la visualización de riesgos (SCORE2/arriba) dentro del tiempo disponible en una consulta rutinaria.
- Utilizar, según la situación, al menos cuatro formatos de asesoramiento: impulso de 30 segundos, microasesoramiento de 3 minutos, asesoramiento sobre riesgos de 10 minutos y cita de prevención independiente.
- Abordar los casos problemáticos típicos (ambivalencia, vergüenza, deseo de medicación en lugar de un cambio de estilo de vida, barrera lingüística, sensación de ser tratado con condescendencia) desde una perspectiva realista propia de la medicina de familia, en lugar de hacerlo desde un punto de vista moral.
- Estructurar el asesoramiento mediante la preparación de los auxiliares médicos, la lógica de seguimiento, el material para los pacientes y los módulos de texto del PVS, de modo que sea documentable y repetible incluso bajo presión de tiempo.

Escena inicial

ESCENA

Viernes por la tarde, 16:40 h, el último paciente antes del fin de semana. El señor K., de 58 años, acude para que le receten su medicamento para la tensión arterial. Al revisar los últimos resultados de laboratorio, la médica de cabecera observa: LDL 168 mg/dl, HbA1c 6,2 %, IMC 31, fumador desde hace 35 años. Un caso de libro para un «asesoramiento sobre el estilo de vida ahora mismo». La doctora respira hondo y, en ese mismo instante, se da cuenta de que aún hay cuatro pacientes esperando, de que la receta era, en realidad, el único motivo de la cita y de que, la última vez, el señor K. había respondido a cualquier sugerencia de «cambio en la alimentación» con un cortés pero firme «Ya lo sé, doctora, ya lo sé».

Ahora podría dedicar cinco minutos que no están previstos —y que, según la experiencia, surten poco efecto si acaban convirtiéndose en un sermón—. O podría extender la receta y posponer el tema para «la próxima vez», como ya ha ocurrido en las últimas tres consultas.

Este capítulo trata sobre la tercera opción: un impulso breve y concreto que se ajuste al tiempo disponible, que cree un punto de conexión para la próxima vez y que no tenga como objetivo calmar la mala conciencia de la doctora, sino que realmente ponga algo en marcha en el señor K.

Principio básico

El asesoramiento sobre el estilo de vida no consiste en transmitir conocimientos. La mayoría de los pacientes saben que fumar es perjudicial, que el sobrepeso es perjudicial para la salud y que el ejercicio físico ayuda. El problema casi nunca radica en la falta de conocimientos, sino en la ambivalencia, la costumbre, la presión social y psicológica, así como en la falta de estructura para ponerlo en práctica. Un asesoramiento que aporta conocimientos adicionales cuando ya existe ambivalencia genera resistencia en lugar de cambio.

De ello se deriva un cambio en la función del médico de familia: no convencer, sino explorar la disposición al cambio, acordar pequeños pasos a seguir y retomarlos una y otra vez a lo largo del tiempo —el recurso fundamental del médico de familia—. Una única consulta perfecta suele ser menos eficaz que un breve impulso repetido a lo largo de varias visitas.

NOTA

El asesoramiento sobre el estilo de vida no es una consulta única, sino un proceso clínico documentado y repetido a lo largo del tiempo. La fortaleza del médico de familia no radica en la duración de la consulta, sino en la continuidad de la atención.

CONSEJO PRÁCTICO

La pregunta «¿Cuál sería para usted un primer pequeño paso?» sustituye, en la mayoría de las situaciones, a cualquier explicación más extensa, y se formula en 20 segundos.

1. Por qué es importante el asesoramiento sobre el estilo de vida en la medicina de familia

La prevención y el asesoramiento sobre el estilo de vida se consideran, con razón, tareas fundamentales de la medicina de familia: En casos de riesgo cardiovascular, hipertensión, dislipidemia, diabetes/síndrome metabólico, obesidad, tabaquismo, trastornos del sueño, estrés, sedentarismo, molestias funcionales, dolor crónico y estrés psicológico, la intervención sobre el estilo de vida, según las guías clínicas, ocupa el primer lugar —o, al menos, uno de igual importancia— antes o junto a la farmacoterapia [1,3].

La diferencia fundamental radica entre un consejo puntual («Debería adelgazar») y un proceso de cambio acompañado (acuerdo de objetivos, seguimiento, ajuste). Está demostrado que un simple consejo sin estructura rara vez modifica el comportamiento; por el contrario, las intervenciones breves estructuradas con acuerdo de objetivos y seguimiento muestran efectos replicables, aunque moderados —por ejemplo, en el caso de la entrevista motivacional sobre el IMC, el colesterol, la presión arterial sistólica y el consumo de alcohol [2].

Indicación	Importancia de la intervención sobre el estilo de vida
Riesgo cardiovascular / Hipertensión / Dislipidemia	Medida básica conforme a las guías, previa o paralela a la farmacoterapia [1,3]
Diabetes / síndrome metabólico	La alimentación y la actividad física como primer pilar terapéutico, incluso en caso de medicación previa
Tabaquismo	El modelo 5-A + farmacoterapia aumenta significativamente las tasas de abstinencia en comparación con el asesoramiento por sí solo [4,9]
Trastornos del sueño	La higiene del sueño y los elementos de la terapia cognitivo-conductual como tratamiento de primera elección frente a los hipnóticos [5]

Indicación	Importancia de la intervención sobre el estilo de vida
Estrés, molestias funcionales, dolor crónico	Las técnicas de relajación y la activación suelen ser más eficaces que la escalada del diagnóstico puramente somático

El asesoramiento sobre el estilo de vida no es, por tanto, un tema «secundario» que complemente la medicina «propia», sino que, en muchas consultas, constituye la intervención propiamente dicha — solo que debe estructurarse de forma diferente a una receta médica.

2. Por qué el asesoramiento sobre el estilo de vida suele fracasar en la vida cotidiana

La discrepancia entre las expectativas y la práctica no tiene una causa única, sino que surge de la interacción de varios factores bien descritos:

Factor	Manifestación concreta en la práctica
Falta de tiempo	Una consulta de entre 7 y 10 minutos apenas deja margen para una charla de asesoramiento estructurada, además del motivo principal de la visita.
Falta de estructura	Sin un marco para la conversación, se produce una recomendación genérica («hacer más ejercicio, comer menos») en lugar de un siguiente paso concreto.
El médico habla, el paciente permanece pasivo	La mera transmisión de conocimientos genera atención, pero no un compromiso personal.
Tono moralista	«En realidad, debería...» genera rechazo en lugar de cooperación, sobre todo si ya existe un sentimiento de vergüenza.
Objetivos poco realistas	«A partir de mañana, 30 minutos de ejercicio al día» rara vez se lleva a la práctica y acaba en una sensación de fracaso.
Falta de seguimiento	Sin un seguimiento, cualquier acuerdo sobre objetivos se queda en nada.
Falta de implicación del personal auxiliar médico	La consulta sigue estando totalmente ligada al tiempo de la visita médica, aunque la preparación y el seguimiento podrían delegarse.
Falta de un plan por escrito	Los acuerdos verbales se recuerdan de forma diferente por ambas partes o, sencillamente, se olvidan.
Carga social	El trabajo por turnos, las responsabilidades de cuidados y las dificultades económicas limitan el margen de maniobra, independientemente de la motivación.
Comorbilidad mental	La depresión, los trastornos de ansiedad o el estrés crónico reducen considerablemente la capacidad de cambio.
Escasa competencia en materia de salud	La información abstracta sobre los riesgos («Su colesterol es demasiado alto») carece de implicaciones prácticas concretas.
Falta de documentación	Sin un registro en el PVS, la siguiente consulta vuelve a ser un nuevo comienzo en lugar de un punto de continuación.
Falta de perspectivas de facturación	El asesoramiento que requiere mucho tiempo y carece de una lógica clara de remuneración se ve sistemáticamente relegado en la organización de la consulta.
Frustración entre los médicos	La experiencia repetida de la «falta de respuesta» conduce a la resignación y a evitar el tema.

EVITAR ERRORES EN LA CONSULTA

- Incluir el asesoramiento sobre el estilo de vida como un «tema secundario» espontáneo al final de una consulta que, de por sí, ya se ha alargado demasiado.
- Ante una ambivalencia evidente, seguir con explicaciones y exhortaciones en lugar de abordar directamente dicha ambivalencia.
- Reaccionar ante el fracaso evitando el tema en lugar de ajustar la «dosis» (más breve, más concreto, retomarlo más adelante).

SEÑAL DE ALERTA: ACTUAR DE INMEDIATO

Cuándo un estilo de asesoramiento moralista o apelativo produce el efecto contrario:

- El paciente o la paciente ya reacciona con actitud defensiva, cambio de tema o irritabilidad al abordar el tema; seguir insistiendo suele no hacer más que reforzar la resistencia.
- Intentos repetidos y fallidos de seguir una dieta, temas relacionados con la vergüenza o antecedentes de trastornos alimentarios: en estos casos, el asesoramiento sobre el peso de carácter apelativo puede resultar iatrogénicamente perjudicial y debe posponerse o acompañarse de atención especializada.
- Indicios de agotamiento depresivo o tendencias suicidas: posponer el tema del estilo de vida y dar prioridad a la atención psiquiátrica.

3. Estrategia de solución realista

El error de razonamiento decisivo es la idea de que el asesoramiento sobre el estilo de vida debe completarse en una única consulta, a ser posible lo más exhaustiva posible. Precisamente esta exigencia genera la presión de tiempo que acaba por hacer fracasar el asesoramiento. Es más realista —y se ha demostrado que es más eficaz— un modelo por etapas que distribuya el asesoramiento a lo largo de varios contactos breves y lo delegue de forma específica.

Formato	Duración	Contexto de aplicación	Contenido
Impulso de 30 segundos	~30 s	Contacto de urgencia (p. ej., infección, receta)	Una frase que deja el tema abierto: «Me llama la atención que X. ¿Podríamos abordar esto de forma específica en la próxima cita?»
Microasesoramiento de 3 minutos	2-3 min.	Contacto rutinario con algo de margen de tiempo	Formato abreviado de las 5 A, una pregunta sobre la disposición al cambio, un objetivo SMART
Asesoramiento sobre riesgos de 10 minutos	8-12 min.	Revisión médica/examen de salud	Visualización SCORE2/arriba, acuerdo de objetivos más detallado, plan por escrito
Cita separada de prevención/para pacientes crónicos	15-20 min.	Cita adicional programada, contacto con el programa de gestión de enfermedades (DMP (programa alemán de gestión estructurada de enfermedades crónicas))	Asesoramiento en profundidad, análisis de barreras, integración de ofertas de cursos/DiGA
Asesoramiento preparado por el asistente médico	Variable	Antes de la consulta con el médico	El asistente médico recopila los datos básicos de la anamnesis, entrega el material y prepara la puntuación de riesgo
Llamada de seguimiento/contacto para evaluar la evolución	5-10 min.	Por teléfono o en una cita de seguimiento	Pregunta de verificación, ajuste de objetivos, reconocimiento de los pequeños avances

El material escrito para el paciente (miniplan, código QR con información para el paciente o aplicaciones) y el apoyo digital —aplicaciones de actividad física y nutrición, DiGA cuando esté indicado, cursos de prevención estructurados según el artículo 20 del SGB V (Código Social alemán)— complementan cada uno de estos formatos, pero no sustituyen a la conversación personal.

NOTA

El asesoramiento sobre el estilo de vida no tiene por qué completarse íntegramente en una sola consulta. Debe organizarse como un proceso repetible en la consulta, con formatos breves y claramente definidos, en lugar de una única conversación de demasiado amplio alcance.

CONSEJO PRÁCTICO

Un objetivo SMART en 90 segundos es más eficaz que una explicación perfecta de 10 minutos que nadie pone en práctica.

4. Métodos de asesoramiento estructurados

Los siguientes métodos no son teoría adicional, sino herramientas que completan cada uno de los formatos mencionados anteriormente. Se pueden utilizar por separado o combinados.

Modelo de las 5 A: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange

Paso	Contenido	Ejemplo de formulación
Preguntar	Abordar activamente el tema, evaluar la situación	«¿Sigue fumando actualmente? ¿Cuántos cigarrillos al día?»
Aconsejar	Consejo breve, claro y personalizado	«Dado su perfil de riesgo, dejar de fumar sería la medida individual más eficaz que podría tomar».
Evaluar	Evaluar la disposición al cambio	«En una escala del 0 al 10, ¿qué importancia le da a esto en este momento?»
Ayuda	Ofrecer ayuda concreta	«Hay medicamentos eficaces y una línea de atención telefónica; ¿quieres que te lo anote?»
Organizar	Acordar un seguimiento	«Hablemos por teléfono dentro de cuatro semanas para ver cómo va todo».

Entrevista motivacional en versión resumida (OARS)

Para la versión de 3 minutos destinada al médico de cabecera bastan cuatro técnicas básicas que exploran la ambivalencia en lugar de intentar convencer al paciente [2]:

- Preguntas abiertas: «¿Qué cambiaría para usted si bebiera menos alcohol?» en lugar de «¿Bebe demasiado?»
- Afirmación: «El hecho de que, a pesar de todo, siga acudiendo a las revisiones, me demuestra que este tema le importa».
- Escucha reflexiva: «Dice que el deporte es importante para usted, pero que por las tardes le falta energía; ¿lo he entendido bien?».
- Resumen: breve balance al final que nombre la ambivalencia en lugar de suavizarla.

Objetivos SMART en lugar de consejos generales

Consejos poco específicos (evitar)	Objetivo SMART (a por él)
«Haga más ejercicio».	«Voy a dar un paseo de 15 minutos después de cenar tres días a la semana; empiezo el lunes».
«Come de forma más saludable».	«Voy a sustituir los bollos del desayuno entre semana por copos de avena con fruta».
«Deberías perder peso».	«Me peso una vez a la semana y lo anoto en la aplicación; mi objetivo es perder 0,5 kg al mes».

Visualización de riesgos, repaso de lo aprendido, miniplan por escrito

Los resultados analíticos abstractos se hacen tangibles gracias a herramientas visuales de evaluación de riesgos: SCORE2 muestra el riesgo a 10 años de sufrir un episodio cardiovascular en porcentaje; arriba lo complementa con una representación tipo semáforo y el concepto de «edad de riesgo»; ambas herramientas son adecuadas para transmitir, en menos de dos minutos, una imagen concreta en lugar de una cifra abstracta.

El «teach-back» garantiza que el mensaje se haya entendido realmente: «¿Puede decirme con sus propias palabras lo que acabamos de comentar?», en lugar de la ineficaz pregunta de control «¿Lo ha entendido?», a la que casi siempre se responde con un «sí».

Un miniplan por escrito (véase el folleto para el paciente más abajo) recoge el objetivo acordado y permite comprobarlo en el siguiente contacto. La pregunta final «¿Qué le ha resultado fácil y qué le ha resultado difícil?» abre cada contacto posterior de forma más constructiva que una evaluación general del éxito, ya que enmarca el fracaso expresamente como información en lugar de como un error.

CONSEJO PRÁCTICO

«¿Qué te ha resultado fácil y qué te ha resultado difícil?» aporta, en dos frases, más información para el próximo ajuste de objetivos que diez minutos de preguntas generales.

5. Casos típicos y casos problemáticos

Las siguientes diez viñetas de casos abarcan las situaciones más frecuentes en la práctica. Se han redactado deliberadamente no como casos ideales, sino como situaciones realistas con un error típico y una estrategia alternativa que se puede aplicar dentro del tiempo disponible.

CASO CLÍNICO Caso 1 – Paciente en revisión médica con riesgo elevado según el SCORE2 y escasa conciencia de su enfermedad

Situación inicial: el señor B., de 54 años, acude a una revisión médica: no fumador, pero con un nivel de LDL de 175 mg/dl, presión arterial de 148/92 mmHg y un riesgo según el SCORE2 del 9 %; «pero me siento en plena forma».

Error típico: explicación extensa de la fisiopatología de la aterosclerosis, que el paciente percibe como una amenaza abstracta, pero que no le lleva a actuar.

Mejor estrategia: mostrar visualmente el valor SCORE2 (semáforo/arriba), indicar la edad de riesgo en lugar de solo un porcentaje, acordar un objetivo SMART en lugar de un cambio radical.

Ejemplo de formulación: «Su sistema cardiovascular presenta actualmente un riesgo similar al de un hombre de una media de 9 años mayor que usted. Una sola medida —por ejemplo, reducir la sal— ya lo reduce de forma apreciable. ¿Qué le resultaría factible?».

Módulo del PVS: «SCORE2 9 %, edad de riesgo +9 años comentada, objetivo SMART de reducción de sal acordado, control de la PA en 4 semanas».

Tarea del asistente médico: entregar el protocolo de automedición de la presión arterial y anotar una cita en 4 semanas para el seguimiento.

Seguimiento: en la nueva visita, comentar el registro de presión arterial, realizar una pregunta de verificación y, si procede, añadir el siguiente objetivo SMART (actividad física).

VIGNETA CLÍNICA Caso 2: fumador con riesgo de EPOC, «en realidad no quiere dejarlo»

Situación inicial: Sr. T., 61 años, 40 años de tabaquismo, tos leve, espirometría en el límite. Ante la pregunta sobre dejar de fumar: «Ya lo he intentado demasiadas veces, no sirve de nada».

Error típico: apelar a la razón o infundir miedo («¡Le va a dar EPOC!») a pesar de la evidente falta de disposición actual.

Mejor estrategia: aplicar el modelo de las 5 A, explorar la ambivalencia en lugar de la resistencia (MI), dejar la puerta abierta para más adelante en lugar de dar el tema por zanjado.

Ejemplo de formulación: «En una escala del 0 al 10, ¿qué importancia le da a este tema en este momento? [...] ¿Qué es lo que más le ha ayudado en los intentos anteriores y qué es lo que menos?»

Módulo PVS: «Fumador desde hace 40 años, se ha llevado a cabo el proceso Ask/Advise/Assess, actualmente con escasa disposición al cambio (escala 3/10), volver a abordar el tema dentro de 3 meses».

Tarea del asistente médico: Entregar material informativo sobre el asesoramiento para dejar de fumar y la línea de atención telefónica; anotar un recordatorio para el próximo contacto.

Seguimiento: En el próximo contacto, volver a abordar el tema de forma discreta: «La última vez estaba en 3 sobre 10, ¿en qué punto se encuentra hoy?»

VIGNETA CLÍNICA Caso 3 – Paciente con obesidad, vergüenza y repetidos intentos de hacer dieta

Situación inicial: La Sra. S., de 47 años y con un IMC de 34, cuenta con resignación, cuando se le pregunta, que ha probado «diez dietas, ninguna de las cuales ha funcionado».

Error típico: volver a dar consejos generales sobre alimentación o hacer referencia al balance calórico, lo que reitera la vergüenza ya experimentada.

Mejor estrategia: Desvincular el tema del peso como cifra y centrarse en un único objetivo conductual que no genere vergüenza; preguntar activamente por la frustración con las dietas y, si procede, por indicios de trastornos alimentarios, antes de continuar con el asesoramiento.

Ejemplo de formulación: «No quiero hablar de una cifra en la báscula, sino de lo siguiente: ¿hay algo que le haya resultado más fácil o más difícil en las últimas semanas?»

Módulo PVS: «Obesidad de grado I, antecedentes de múltiples intentos frustrados de dieta; se ha acordado centrarse en un objetivo conductual en lugar de en un objetivo de peso».

Tarea del MFA: Si es necesario, facilitar información sobre asesoramiento nutricional o grupos de autoayuda cercanos al domicilio; no programar controles de peso sin que la paciente lo solicite expresamente.

Seguimiento: Próximo contacto: preguntar por el objetivo de comportamiento acordado, no principalmente por el peso.

CASO CLÍNICO 4: Paciente diabético con HbA1c elevada que prefiere medicación en lugar de una consulta nutricional

Situación inicial: El Sr. A., de 58 años, con una HbA1c del 8,9 %, dice directamente: «Simplemente deme una pastilla más fuerte; no tengo tiempo para hacer dieta».

Error típico: O bien ignorar por completo el deseo del paciente respecto a la alimentación y limitarse a aumentar la medicación, o bien insistir en una consulta nutricional en contra del deseo explícito del paciente.

Mejor estrategia: Combinar ambas cosas en lugar de enfrentarse: ajustar la medicación y, en la misma consulta, proponer un único objetivo nutricional SMART muy concreto, como complemento, no como condición.

Ejemplo de formulación: «Ahora vamos a ajustar la medicación. Además, sin necesidad de hacer una dieta estricta: ¿qué le parecería sustituir los bollos del desayuno por algo más rico en proteínas? Eso reduciría aún más el valor».

Módulo del PVS: «HbA1c 8,9 %, aumento de la medicación, acuerdo sobre un objetivo nutricional SMART (desayuno), control de la HbA1c en 3 meses».

Tarea del asistente médico: entregar el diario de glucemia o recomendar una aplicación, concertar cita para el control de la HbA1c en 3 meses.

Seguimiento: Combinar el control de la HbA1c con una sesión de repaso sobre el objetivo nutricional; si es necesario, añadir un segundo objetivo.

CASO CLÍNICO Caso 5 – Paciente hipertenso que rechaza la medicación y quiere probar «primero con métodos naturales»

Situación inicial: Sra. M., 52 años, presión arterial repetidamente de 158/96 mmHg, rechaza explícitamente tomar pastillas: «De momento quiero controlarlo de forma natural».

Error típico: ignorar el deseo e imponer la prescripción de todos modos, o por el contrario, aceptarlo sin comentarios, sin establecer un plazo ni parámetros de control.

Mejor estrategia: respetar el deseo, pero enmarcarlo como un intento temporal y verificable: medidas concretas de estilo de vida, un valor objetivo fijo de presión arterial y una fecha fija para la reevaluación.

Ejemplo de formulación: «De acuerdo, lo intentaremos durante 8 semanas con reducción de la sal, ejercicio físico y automedición. Si para entonces el valor no está por debajo de X, volveremos a hablar de la medicación. ¿Te parece un trato justo?».

Módulo del PVS: «Presión arterial 158/96 mmHg, deseo del paciente de probar cambios en el estilo de vida antes de la farmacoterapia, limitado a 8 semanas, valor objetivo de presión arterial y cita de control acordados».

Tarea del auxiliar médico: entregar las instrucciones del tensiómetro y la hoja de registro, y anotar la cita de seguimiento dentro de 8 semanas.

Seguimiento: si se alcanza el objetivo, continuar con el curso sobre estilo de vida y prolongar el intervalo; si no se alcanza, volver a ofrecer la farmacoterapia de forma tranquila, basándose en la norma acordada conjuntamente.

VIGNETA CLÍNICA Caso 6: Paciente trabajadora estresada con trastornos del sueño, «sin tiempo para hacer ejercicio»

Situación inicial: Sra. L., 39 años, trabajo a tiempo completo + dos hijos, dificultad para conciliar el sueño desde hace meses; ante la recomendación de hacer ejercicio: «¿Cuándo? No tengo ni un minuto libre».

Error típico: recomendación estándar de «30 minutos de ejercicio, 3 veces por semana» a pesar de la evidente falta de tiempo; es muy probable que no se lleve a cabo y genere un sentimiento adicional de culpa.

Mejor estrategia: dar prioridad a la higiene del sueño antes que al programa de ejercicio físico; integrar las medidas en las rutinas ya existentes en lugar de exigir tiempo adicional.

Ejemplo de formulación: «Empecemos primero por el sueño, eso no requiere tiempo adicional: hora fija para levantarse, apagar las pantallas 30 minutos antes de acostarse. Podemos añadir el ejercicio más adelante, cuando el sueño sea más estable».

Módulo del PVS: «Insomnio debido a estrés laboral o familiar; se han comentado medidas de higiene del sueño (hora de levantarse, tiempo frente a la pantalla); se pospone el tema del ejercicio físico; seguimiento en 4 semanas».

Tarea del asistente médico: entregar al paciente el folleto sobre higiene del sueño y, si procede, un diario del sueño.

Seguimiento: al cabo de 4 semanas, preguntar por la calidad del sueño; solo entonces abordar el tema del ejercicio en la dosis mínima viable (p. ej., 10 minutos).

CASO CLÍNICO Caso 7 – Paciente de edad avanzada con riesgo de caídas y consumo de somníferos

Situación inicial: el Sr. W., de 78 años, lleva años tomando una benzodiazepina para conciliar el sueño, ha sufrido recientemente una caída y vive solo.

Error típico: seguir recetando el somnífero sin hacer ningún comentario al respecto, porque un intento de retirada parece laborioso y conflictivo; no relacionar el riesgo de caídas con la medicación.

Mejor estrategia: Relacionar explícitamente el riesgo de caídas con los somníferos; utilizar la higiene del sueño como puente antes o en paralelo a la retirada gradual de la medicación; reducir la dosis poco a poco en lugar de suspenderla de forma brusca.

Ejemplo de formulación: «El somnífero aumenta su riesgo de caídas. Reduzcamos la dosis poco a poco y, al mismo tiempo, estabilicemos el sueño mediante rutinas fijas; muy lentamente, no de la noche a la mañana».

Módulo PVS: «Antecedentes de caída, consumo prolongado de benzodiazepinas, se ha comentado la relación, se ha iniciado la reducción gradual de la medicación y se ha complementado con higiene del sueño».

Tarea del asistente médico: entregar la lista de control del riesgo de caídas (obstáculos que pueden provocar tropiezos, sistema de teleasistencia, revisión de las ayudas visuales) y hacer un seguimiento de los plazos del plan de reducción.

Seguimiento: control minucioso de las etapas de reducción, preguntar activamente por posibles caídas y, si es necesario, ajustar el ritmo de la reducción.

CASO CLÍNICO 8: Paciente con dolor de espalda que espera reposo, pero necesita activación

Situación inicial: el Sr. D., de 44 años, con dolor de espalda agudo inespecífico, solicita la baja por enfermedad y reposo en cama «hasta que mejore».

Enfoque erróneo típico: satisfacer sin más comentarios la expectativa de reposo (baja por enfermedad + recomendación de reposo en cama), aunque esto favorezca la cronificación.

Mejor estrategia: informar activamente sobre los beneficios del movimiento en lugar del reposo, recomendar actividades concretas y de fácil acceso en lugar de un programa deportivo, y, si es necesario, limitar la duración de la baja por enfermedad.

Ejemplo de redacción: «La buena noticia: el reposo en cama tiende a retrasar la recuperación. Muévase con la mayor normalidad posible; aunque de vez en cuando sienta una punzada, no es peligroso».

Módulo PVS: «Dolor de espalda inespecífico, se recomienda mantenerse activo en lugar de guardar reposo, se han descartado síntomas de alerta, baja laboral de corta duración».

Tarea del médico de cabecera: entregar al paciente el folleto informativo «Activo con dolor de espalda» y concertar una cita de seguimiento en caso de empeoramiento o persistencia.

Seguimiento: si persiste durante más de dos semanas, realizar una nueva evaluación; si procede, fisioterapia en lugar de seguir con el reposo.

CASO CLÍNICO Caso 9 – Barrera lingüística/bajos conocimientos sobre salud

Situación inicial: Sra. O., 61 años, conocimientos limitados de alemán, acompañada por su hija, que actúa como intérprete; diabetes recién diagnosticada.

Error típico: Entregar recomendaciones nutricionales escritas complejas o comunicarse exclusivamente a través de la hija, sin comprobar si la propia paciente ha entendido el mensaje principal.

Estrategia más adecuada: Mensajes escasos, muy concretos y ilustrativos en lugar de una explicación exhaustiva; comprobar directamente con la paciente que ha entendido el mensaje, no solo a través de la intérprete; recurrir a un servicio de interpretación o a material multilingüe si es necesario.

Ejemplo de formulación: «Una cosa para esta semana: menos azúcar en el té. ¿Me puede enseñar cuánto azúcar suele poner normalmente y cuánto pone ahora?»

Módulo PVS: «Comunicación con mediación lingüística (familiares/servicio de interpretación), se ha acordado un objetivo nutricional sencillo, se ha realizado el «teach-back» con la paciente».

Tarea del asistente médico: Proporcionar material para pacientes multilingüe o con ilustraciones; si es necesario, organizar un servicio de interpretación para la cita de seguimiento.

Seguimiento: en el próximo contacto, volver a realizar el «teach-back» con la propia paciente (no solo a través de terceros).

VIGNETA CLÍNICA Caso 10: paciente muy escéptico, que percibe la prevención como una imposición

Situación inicial: El señor R., de 49 años, reacciona con irritación ante cualquier comentario preventivo: «Tengo la edad suficiente para decidir por mí mismo cómo quiero vivir».

Error típico: reaccionar ante la actitud defensiva con un llamamiento aún más insistente o con una retirada ofendida; ambas actitudes ponen fin a la relación en torno a este tema a largo plazo.

Mejor estrategia: reconocer explícitamente la autonomía, ofrecer información en lugar de imponerla, dejar que la decisión recaiga visiblemente en el paciente.

Ejemplo de formulación: «Tiene toda la razón, es su decisión. Le daré brevemente las cifras y usted decide qué hacer con ellas, ¿de acuerdo?».

Módulo PVS: «El paciente rechaza el asesoramiento sobre el estilo de vida; se respeta su autonomía; se le ofrece brevemente información sobre los riesgos; se pospone el tema a petición del paciente».

Tarea del asistente médico: No realizar un seguimiento activo sin un nuevo motivo; entregar material solo si se solicita expresamente.

Seguimiento: Abordar el tema de nuevo solo si surge un nuevo motivo médico (p. ej., un resultado de análisis anómalo) y, de nuevo, sin ejercer presión.

6. Errores típicos en la consulta

Más allá de los errores específicos de cada caso, se pueden identificar patrones comunes a todas las consultas que se repiten en la gran mayoría de las sesiones de asesoramiento fallidas:

- Decir «tiene que adelgazar» sin ofrecer un plan concreto ni indicar el siguiente paso.
- Recomendar «hacer más ejercicio» sin especificar la intensidad, la frecuencia ni por dónde empezar.
- Formular el asesoramiento para dejar de fumar en términos morales en lugar de de apoyo.
- No preguntar sobre la disposición al cambio antes de ofrecer el asesoramiento.
- Acordar demasiados objetivos a la vez en una misma consulta.
- No acordar un seguimiento: el asesoramiento queda en nada, sin consecuencias.
- No realizar un análisis de las barreras (tiempo, dinero, entorno social, carga psicológica).
- Prescindir de la visualización de los riesgos y limitarse a mencionar valores analíticos abstractos.
- No documentar la consulta: así, el siguiente contacto vuelve a ser un nuevo comienzo.
- No integrar a los auxiliares médicos, las ofertas de cursos o las herramientas digitales, aunque sean tareas delegables.
- Contraponer los medicamentos y las medidas de estilo de vida, en lugar de combinarlos.
- Tratar el asesoramiento sobre el estilo de vida como un «servicio adicional gratuito» sin compromiso, en lugar de como un proceso fijo de la consulta con cita, documentación y seguimiento.

EVITAR ERRORES EN LA CONSULTA

- Repetir el mismo consejo general en cada contacto, sin tenerlo en cuenta el estado previo del paciente.
- Iniciar una consulta sin saber de antemano cuánto tiempo se dispone realmente para ella; esto da lugar a conversaciones interrumpidas e incompletas.

7. ¿Qué es lo óptimo y qué es lo realista?

Una comparación sincera entre el ideal que establecen las guías y lo que es factible en la práctica del médico de cabecera ayuda a ajustar las propias expectativas y, con ello, elimina la presión de tener que llevar a cabo cada consulta de forma «completa».

Nivel	Óptimo	Realista en la consulta del médico de cabecera
Duración de la consulta	Consulta exhaustiva	Microintervención + cita de seguimiento
Motivación	Gran disposición al cambio	Aceptar la ambivalencia
Puesta en práctica	Plan completo	Un pequeño objetivo SMART
Proceso	Acompañamiento exhaustivo	Recapitulación o contacto trimestral
Equipo	Interprofesional	Asistente médico + material del paciente + lista de cursos
Efecto	Gran cambio en el estilo de vida	Pequeños pasos acumulativos

NOTA

El criterio para evaluar el éxito de un asesoramiento sobre estilo de vida no es la exhaustividad de la conversación, sino si al final se establece un pequeño paso concreto y documentado que dar a continuación.

8. Procedimientos operativos estándar (SOP) y herramientas prácticas

Los siguientes procedimientos estándar hacen que el asesoramiento sobre el estilo de vida sea repetible e independiente del estado de ánimo del día a día; no es necesario reinventarlos cada vez.

SOP 1: Asesoramiento sobre el estilo de vida en un formato de 3 minutos

1. Plantear el tema en una sola frase (Ask).
2. Evaluar la disposición al cambio mediante una pregunta con una escala del 0 al 10 (Assess).
3. Formular conjuntamente un único objetivo SMART (Assist).
4. Resumir el objetivo oralmente o dictarlo brevemente en el PVS.
5. Fijar una cita de seguimiento o anotar un recordatorio (Arrange).

SOP 2: Asesoramiento sobre el estilo de vida en el chequeo médico/consulta inicial

1. Antes de la cita: el auxiliar médico prepara los datos básicos (tensión arterial, IMC, resultados de análisis, hábitos tabáquicos, historial de actividad física).
2. Mostrar visualmente el resultado de SCORE2/arriba e indicar la edad de riesgo.
3. Repasar el modelo de las 5 A en su totalidad.
4. Acordar al menos un objetivo SMART y entregar un miniplan por escrito.
5. Concertar y documentar una cita de seguimiento en un plazo de 4 a 12 semanas, según el tema.

SOP 3: Asesoramiento para dejar de fumar según el modelo 5-A

1. Ask: preguntar activamente por la condición de fumador y la cantidad consumida.
2. Advise: Dar consejos breves y personalizados para dejar de fumar.
3. Evaluar: evaluar la disposición al cambio mediante una pregunta de escala.
4. Asistir: Ofrecer de forma concreta apoyo farmacológico y servicios de asesoramiento (p. ej., la línea telefónica «Sin tabaco»).
5. Concertar: concertar una cita de seguimiento o un contacto telefónico en un plazo de 2 a 4 semanas.

SOP 4: Preparación para la prevención por parte del personal de enfermería

1. Recopilar datos básicos antes de la consulta con el médico: situación como fumador, historial de actividad física y sueño, peso/IMC.
2. Preparar los cuestionarios de riesgo pertinentes o introducir las puntuaciones.
3. Tener a mano el material adecuado para el paciente (folleto, miniplan).
4. Mantener actualizada la lista de seguimiento e invitar activamente a los pacientes que lo necesiten a acudir a una nueva consulta.

MÓDULO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE PACIENTES: Asesoramiento breve sobre el estilo de vida

Se ha llevado a cabo un asesoramiento breve según el método 5-A. Tema: [_____].
Disposición al cambio (0–10): [___]. Objetivo SMART: [_____]. Revisión: [fecha/intervalo].

MÓDULO DEL PVS: Asesoramiento detallado sobre riesgos

Riesgo SCORE2: [___] %, edad de riesgo: +[___] años. Visualización comentada con el paciente. Se ha completado todo el modelo 5-A. Objetivo SMART acordado: [_____]. Se ha entregado un miniplan por escrito. Repaso con el paciente realizado con éxito. Recall: [Fecha/Intervalo].

FOLLETO PARA EL PACIENTE: Mi próximo pequeño paso

Mi objetivo para las próximas semanas: _____

¿Cuándo empiezo?: _____

¿Qué podría ayudarme a conseguirlo?: _____

¿Qué podría resultar difícil y cómo lo afrontaré?: _____

¿Cuándo volveremos a hablar de cómo ha ido?: _____

Lógica de seguimiento para la prevención y la evolución

Tema	Intervalo de seguimiento recomendado
Asesoramiento para dejar de fumar	Entre 2 y 4 semanas tras la primera consulta; a partir de ahí, de forma individualizada
Hipertensión/intento de modificar el estilo de vida antes de la farmacoterapia	4-8 semanas
Diabetes/objetivo nutricional	3 meses (vinculado al control de la HbA1c)
Peso/hábitos alimentarios	Individual, sin fijarse como objetivo principal la pérdida de peso
Higiene del sueño	4 semanas
Asesoramiento general sobre prevención en la revisión médica	vinculado a la próxima cita de revisión; si procede, contacto intermedio a los 3 meses

CONSEJO PRÁCTICO

Una lista de seguimiento bien gestionada es la «intervención en el estilo de vida» más importante que nunca tiene lugar en la consulta: evita que un buen asesoramiento quede sin efecto.

9. Módulo para auxiliares médicos

El asesoramiento sobre el estilo de vida puede aligerarse considerablemente si los equipos de la consulta asumen tareas definidas y delegables. De este modo, el tiempo del médico se centra en la propia conversación y en el acuerdo de objetivos.

Tarea	Responsable
Recopilar la anamnesis básica (tabaquismo, actividad física, sueño, alimentación) antes de la cita	MFA
Medir la frecuencia cardíaca, el peso y el IMC, y preparar la introducción de la puntuación	MFA
Preparar el material para el paciente y el «Mini-Plan» y entregárselos tras la entrevista	MFA
Actualizar la lista de revisiones y citar a los pacientes que lo necesiten	MFA
Evaluación de riesgos, acuerdo de objetivos, decisión médica	Médico/a
Decisión sobre el tratamiento farmacológico (p. ej., farmacoterapia para dejar de fumar)	Médico/a

TRIAJE DE MÉDICO ASISTENTE: CONTACTO INMEDIATO CON EL MÉDICO

- El paciente o la paciente manifiesta, durante la preparación, pensamientos suicidas agudos, síntomas depresivos graves o indicios de riesgo agudo.
- Aparecen nuevos signos de alerta (p. ej., dolor torácico, síntomas neurológicos agudos) durante la preparación para la atención preventiva.
- El paciente o la paciente informa de una caída con lesiones o de un empeoramiento agudo de su estado general.

10. Una perspectiva crítica para los médicos de familia escépticos

La pregunta legítima que se plantean muchos médicos de familia con experiencia es: ¿por qué debería tomarme en serio el asesoramiento sobre el estilo de vida si apenas tengo tiempo y, de todos modos, muchos pacientes no cambian nada? Una respuesta sincera prescinde de los llamamientos y, en su lugar, argumenta de forma práctica:

- No todo el asesoramiento tiene por qué ser largo: un consejo de 30 segundos o un microasesoramiento de 3 minutos caben en el tiempo disponible de cualquier consulta.
- Las intervenciones breves y repetidas pueden aumentar la disposición al cambio incluso si no se produce un cambio de comportamiento inmediato; a menudo, el efecto solo se hace patente tras varios contactos.
- La repetición a lo largo de los años es un punto fuerte genuino de la medicina de familia que ninguna otra especialidad puede ofrecer con esta continuidad.
- El asesoramiento sobre el estilo de vida protege contra la medicación excesiva, ya que retrasa o evita el aumento de la farmacoterapia cuando es médicamente justificable.
- Mejora la adherencia a la medicación existente, ya que los pacientes perciben su enfermedad como algo sobre lo que pueden influir, en lugar de algo controlado exclusivamente por los medicamentos.
- Fortalece la relación médico-paciente cuando se lleva a cabo de forma respetuosa en lugar de moralizante, lo que también da sus frutos en otros ámbitos.
- Se puede delegar y sistematizar: la preparación por parte del personal auxiliar médico, las listas de seguimiento y el material para los pacientes reparten la carga entre todo el equipo.
- De todos modos, forma parte de la lógica de remuneración y atención de la medicina de familia: los programas de gestión de enfermedades (DMP), los chequeos médicos y los servicios de prevención ya esperan estos contenidos; una implementación estructurada permite documentarlos y facturarlos, en lugar de que sean un servicio adicional implícito.

NOTA

El criterio no es si cada paciente cambia su comportamiento, sino si la consulta cuenta con un proceso repetible y documentado que permita el cambio allí donde sea posible, sin sobrecargar el escaso tiempo disponible.

11. Recursos en línea y fuentes de referencia

Los siguientes enlaces conducen a guías clínicas, herramientas para la consulta e información para pacientes, ordenados por país y tema principal.

Guías clínicas y sociedades científicas

- [DEGAM: Guía S3 «Asesoramiento del médico de cabecera sobre riesgos para la prevención cardiovascular» \(n.º de registro AWMF 053-024\)](https://www.degam.de/leitlinie-s3-053-024) (https://www.degam.de/leitlinie-s3-053-024)
- [Registro de directrices de la AWMF: Directriz S3 sobre el abandono del tabaquismo \(n.º de reg. 076-006\) y otras directrices sobre estilo de vida](https://register.awmf.org) (https://register.awmf.org)
- [DGSM: Guía S3 sobre sueño no reparador/trastornos del sueño](https://www.dgsm.de) (https://www.dgsm.de)
- [Sociedad Austriaca de Medicina General y Familiar \(ÖGAM\)](https://www.oegam.at) (https://www.oegam.at)
- [Sociedad Suiza de Medicina Interna General / Médicos de Familia de Suiza \(mfe\)](https://www.hausaerzteschweiz.ch) (https://www.hausaerzteschweiz.ch)

Herramientas y calculadoras de riesgo

- [arriba – estrategia de asesoramiento del médico de familia para la prevención cardiovascular \(calculadora de riesgo, material para pacientes\)](https://arriba-hausarzt.de) (https://arriba-hausarzt.de)
- [gesundheitsinformation.de \(IQWiG\): información para pacientes basada en la evidencia sobre temas relacionados con el estilo de vida](https://www.gesundheitsinformation.de) (https://www.gesundheitsinformation.de)
- [Portal de salud de Austria: información sobre riesgos y prevención](https://www.gesundheit.gv.at) (https://www.gesundheit.gv.at)

Servicios para dejar de fumar y de prevención

- [Línea telefónica «Rauchfrei» de la BZgA \(Alemania\)](https://www.rauchfrei-info.de) (https://www.rauchfrei-info.de)
- [Línea telefónica «Rauchfrei» de Austria](https://www.rauchfrei.at) (https://www.rauchfrei.at)
- [AT Suiza – Asociación para la Prevención del Tabaquismo](https://www.at-schweiz.ch) (https://www.at-schweiz.ch)

Los enlaces se comprobaron el 18 de junio de 2026. Si se acceden más adelante, es posible que los contenidos o las URL hayan cambiado.

12. Bibliografía y fuentes

Las referencias bibliográficas siguen el estilo de citación de Vancouver. En el texto se hace referencia a la fuente correspondiente con [N], en el orden en que aparece por primera vez.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

1. Grupo de trabajo SCORE2 y ESC Cardiovascular Risk Collaboration. Algoritmos de predicción de riesgo SCORE2: nuevos modelos para estimar el riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular en Europa. *Eur Heart J*. 2021;42(25):2439-2454.
2. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Entrevista motivacional: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Br J Gen Pract*. 2005;55(513):305-312.
3. Ludt S, et al. Guía S3 de la DEGAM «Asesoramiento sobre riesgos por parte del médico de familia para la prevención cardiovascular». N.º de registro AWMF 053-024. Düsseldorf: DEGAM; 2017.
4. AWMF. Guía S3 «Cribado, diagnóstico y tratamiento del consumo nocivo y dependiente de tabaco». N.º de registro AWMF 076-006. 2021.
5. Sociedad Alemana de Investigación y Medicina del Sueño (DGSM). Guía S3 «Sueño no reparador/trastornos del sueño», capítulo «Insomnio en adultos». *Somnologie*. 2017;21(Suplemento 1):2-44.
6. Klötzer C, Schmidt CO, Ittermann T, et al. Validación de la predicción del riesgo cardiovascular con la herramienta ARRIBA. *Dtsch Arztebl Int*. 2022;119(27-28):476-482.
7. Agencia para la Investigación y la Calidad de la Asistencia Sanitaria (AHRQ). Tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco: Actualización de 2008 — Cinco pasos principales para la intervención (las «5 A»). Rockville, MD: AHRQ; 2009.
8. Sadowski EM, et al. Evaluación de intervenciones complejas: implementación de «arriba-Herz», una estrategia de asesoramiento para la prevención cardiovascular. *Z Allg Med*. 2005;81:429-434.
9. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Farmacoterapia combinada e intervenciones conductuales para dejar de fumar. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(3):CD008286.

Normas de citación de Vancouver: números en el texto [N] – orden de primera aparición.

C6 - Dolor crónico complejo y tratamiento multimodal del dolor (MMST)

Evaluación de la indicación, tratamiento previo, derivación y readmisión (capítulo C del módulo de medicina del dolor)

⇒ Véanse también los capítulos C5 y C6 del anexo práctico (C) del volumen 4: Gestión de pacientes

C5 - A. Tratamiento del dolor en la consulta del médico de cabecera: Selección, dosificación, ajuste de la dosis y seguridad	Triaje del dolor en 30 segundos, cinco principios terapéuticos, analgésicos no opiáceos y dolor neuropático, inicio y ajuste de la dosis de opiáceos, rotación de opiáceos (algoritmo de seis pasos), manejo de los efectos secundarios, geriatría e insuficiencia renal, retirada gradual y uso indebido
C6 - B. Dolor oncológico y control del dolor en cuidados paliativos Analgesia básica, dolor irruptivo, situaciones especiales y cannabinoides	Dolor oncológico según su mecanismo, dolor irruptivo y opioides de acción rápida, metástasis óseas, dolor oncológico neuropático y visceral, vías de administración alternativas (s.c.), obstrucción intestinal maligna, cannabinoides, dolor oncológico geriátrico, AAPV/SAPV (dispositivo alemán de cuidados paliativos especializados a domicilio, financiado por el seguro público)

Resumen

El capítulo C aborda la cuestión de cuándo un síndrome de dolor crónico complejo requiere un tratamiento interdisciplinario y multimodal del dolor (MMST), qué entorno asistencial es el adecuado, cómo debe ser una derivación sólida y cómo se logra la reincorporación al cuidado del médico de cabecera. Se basa en los capítulos A y B.

► Corrección con respecto a la versión anterior del capítulo

La lista de verificación anterior «Al menos 4 de los 7 criterios fundamentales» era una heurística interna, no un criterio oficial del OPS, y queda sustituida por completo: la indicación de la MMST se establece mediante una evaluación clínica global, no mediante una puntuación.

La exigencia anterior de un tratamiento previo ambulatorio obligatorio de entre 4 y 6 meses resultaba demasiado rígida y queda sustituida: lo decisivo es la calidad, el alcance y el fracaso documentado del tratamiento previo, no una duración mínima rígida.

C1. ¿Cuándo es suficiente el tratamiento ambulatorio?

No todas las pacientes con dolor crónico necesitan el MMST. El tratamiento ambulatorio continuado suele ser adecuado en casos de limitación funcional estable o solo moderada, éxito terapéutico demostrable, buena capacidad de autogestión, comorbilidad psíquica controlable, una cuestión terapéutica concreta y clara, u opciones ambulatorias que aún no se hayan utilizado de forma adecuada.

C2. Servicio de dolor, rehabilitación, hospitalización parcial o hospitalización completa?

Entorno	Más adecuado cuando
Servicio de dolor ambulatorio	Cuestión clara sobre medicación o diagnóstico, cuestión intervencionista, función aún conservada, complejidad psicosocial manejable, viabilidad ambulatoria. A menudo, punto de enlace entre la atención ambulatoria y la hospitalaria (Sociedad del Dolor).
Rehabilitación médica	Se centra en la capacidad laboral, la recuperación física, la participación, la adaptación del puesto de trabajo y el aumento gradual de la carga de trabajo a largo plazo (Seguridad Social alemana).
IMST semihospitalaria (OPS 8-91c)	Posibilidad de regresar a casa cada día, estabilidad en el hogar, sin necesidad de vigilancia nocturna, se requiere un programa interdisciplinario intensivo.
MMST con hospitalización completa (OPS 8-918)	Pérdida funcional grave, comorbilidad somática/psíquica compleja, problemas farmacológicos considerables, gran necesidad de estructuración, imposibilidad de tratamiento ambulatorio o semihospitalario.
Tratamiento interdisciplinario de corta duración para el dolor (OPS 8-91b)	Formato interdisciplinario intensivo de menor duración como alternativa al MMST con hospitalización completa, en función de la oferta de la clínica.

Lo que describe realmente el OPS

Los códigos OPS 8-918 (ingreso hospitalario completo), 8-91b (tratamiento de corta duración) y 8-91c (ingreso semi-hospitalario) describen códigos de procedimientos hospitalarios con características definidas de estructura, proceso y prestación (clasificaciones). El OPS es, ante todo, un código hospitalario: la consulta del médico de cabecera no determina por sí misma si se cumplen todas las características estructurales, sino que justifica la necesidad médica de un tratamiento interdisciplinario multimodal. El centro hospitalario de destino decide el entorno y la codificación.

Formulación editorial para la carta de derivación: «Desde el punto de vista del médico de cabecera, existe la indicación de evaluar un tratamiento del dolor interdisciplinario y multimodal en régimen de hospitalización completa». —No se trata de una codificación OPS vinculante por parte de la consulta del médico de cabecera.

La MMST no equivale a «más fisioterapia más psicoterapia»: el tratamiento interdisciplinario y multimodal del dolor consiste en un tratamiento coordinado en cuanto a contenido, duración y enfoque terapéutico, con un objetivo común de gestión funcional y autogestión en equipo, y no en la mera suma de varias terapias individuales (Sociedad Alemana del Dolor).

C3. Indicación de MMST sin puntuación

Las cuatro decisiones fundamentales del médico de cabecera:

Decisión	Pregunta clave
1. ¿Existe un problema de dolor crónico complejo?	Evaluar la duración del dolor, el mecanismo, la limitación de la actividad o la participación, los factores psicológicos y sociales, los tratamientos previos, el uso de medicamentos y las señales de alerta
2. ¿Es suficiente la atención ambulatoria?	Limitación funcional estable o moderada, resultados comprobables, buena capacidad de autogestión, comorbilidad controlable → en la mayoría de los casos, continuar con la atención ambulatoria
3. ¿Es suficiente la consulta de dolor o la atención semihospitalaria?	Problema claramente delimitado frente a programa intensivo en caso de estabilidad en el domicilio
4. ¿Es necesario un tratamiento hospitalario completo (MMST)?	Pérdida funcional grave, comorbilidad compleja, problemas farmacológicos considerables, gran necesidad de estructuración, imposibilidad de tratamiento ambulatorio

► Exclusión o aclaración previa antes del MMST

Señales de alarma neurológicas agudas, enfermedad interna inestable, fractura o infección aguda
Trastorno de adicción activo no tratado con necesidad de desintoxicación, crisis psiquiátrica aguda grave
Situación aguda sin aclaración diagnóstica
Falta de disposición para seguir una terapia activa; expectativa de medidas exclusivamente pasivas o de ausencia total de dolor

Regla de ClinicalOS: un alto nivel de dolor por sí solo no es suficiente; debe existir al mismo tiempo una necesidad de tratamiento interdisciplinario y una capacidad realista para seguir el programa. No se realiza una suma de criterios: un «no» en la idoneidad puede ser más relevante que varios criterios positivos de dolor. La decisión definitiva de admisión la toma el centro de tratamiento del dolor tras una evaluación interdisciplinaria.

C4. Documentar el tratamiento previo

Un «intento terapéutico» debe ser verificable. «Gabapentina sin efecto» no es suficiente: son necesarios la indicación y el mecanismo de acción, la dosis inicial y la máxima alcanzada, la duración del tratamiento, la adherencia al tratamiento, el efecto sobre el dolor y la función, los efectos secundarios y el motivo de la interrupción.

Insuficiente	Significativo
«Pregabalina sin efecto».	«Se inició el tratamiento con pregabalina debido a un componente de dolor radicular de tipo ardiente y electrizante; aumento de 25 mg por la noche a 75 mg dos veces al día durante tres semanas, eGFR 68 ml/min. No se observó ninguna mejora relevante en el sueño, la distancia recorrida al caminar ni los picos de dolor; mareos pronunciados e inestabilidad al caminar. Se suspendió el tratamiento de forma gradual».

Documentar de forma concreta el perfil funcional

No adecuado	Adecuado
«Dolor 9/10». · «Paciente muy afectado». · «Ya no puede hacer nada». · «La resonancia magnética muestra una degeneración grave».	«Solo puede permanecer de pie unos 10 minutos debido al dolor.» · «Solo sale de casa para acudir a las citas médicas.» · «Necesita ayuda para ponerse las medias.» · «Se despierta entre 4 y 5 veces por noche.» · «Incapacitado para trabajar de forma continuada desde hace 8 meses.»

«Se han agotado las opciones de tratamiento multimodal ambulatorio» no significa que se hayan aplicado todas las terapias imaginables, sino que se ha documentado una selección de medidas adecuadas (médicas, de activación, educativas, psicosociales y sociosanitarias) con la frecuencia, la intensidad y la duración suficientes. No existe una duración mínima rígida de «4-6 meses»: en caso de pérdida funcional grave y rápida o de imposibilidad de aplicar el tratamiento ambulatorio, la evaluación MMST puede realizarse antes.

Ya no se acepta «fisioterapia sin resultados» como descripción suficiente; las medidas pasivas por sí solas no se consideran un intento de activación multimodal adecuado. Los factores psicosociales se documentan de forma concreta, sin generalizarlos como «superposición psicosomática».

C5. Idoneidad del paciente

La motivación, la colaboración activa, la capacidad para trabajar en grupo, la aceptación de los objetivos, así como la estabilidad médica y psiquiátrica, son tan decisivas como la gravedad de la enfermedad.

Cuándo debe tratarse primero la enfermedad mental

► Con carácter prioritario antes de la admisión en el MMST

Tendencia suicida aguda, psicosis aguda, episodio maníaco grave, abstinencia aguda de alcohol, benzodiazepinas u opioides, trastorno alimentario grave no controlado, crisis traumática aguda con incapacidad para participar en grupo o para afrontar el estrés.

Por el contrario, una depresión estable, un trastorno de ansiedad o un trastorno de estrés somático no constituyen un motivo de exclusión, sino que a menudo forman parte de las necesidades de tratamiento multimodal.

Aclarar las expectativas del paciente antes del ingreso

Texto informativo: «El objetivo de un tratamiento multimodal del dolor no suele ser eliminar todo el dolor. Lo más importante es aumentar la capacidad de resistencia, mejorar la gestión del dolor, garantizar una medicación más segura y volver, en la medida de lo posible, a la vida cotidiana y a la participación social. Para ello es necesaria una colaboración activa».

Objetivos inadecuados	Objetivos adecuados
«Ausencia de dolor». · «Eliminar el hallazgo de la resonancia magnética». · «Encontrar por fin el medicamento adecuado y potente». · «Confirmar la incapacidad laboral permanente». · «Evitar todo esfuerzo físico».	Recorrer una distancia de X a Y metros · Realizar las actividades de la vida diaria de forma autónoma · Reducir la dosis de opioides en un X % · Reincorporación gradual · Volver a una actividad concreta de la vida cotidiana

C6. Carta de derivación

Nueva versión completa – Conjunto mínimo de datos:

Cuestión clínica:

Evaluación de un tratamiento interdisciplinario y multimodal del dolor y determinación del entorno adecuado: ambulatorio, semihospitalario o hospitalario.

Diagnóstico y evolución del dolor: síndrome de dolor crónico presente desde el ____, con predominio de ____. Mecanismo probablemente dominante: ____. Se han descartado las señales de alarma relevantes mediante ____.

Deterioro funcional: distancia recorrida al caminar ____, tiempo que puede permanecer sentado/de pie ____, limitación en las actividades de la vida diaria (AVD) ____, incapacidad laboral desde ____, participación social ____.

Factores biopsicosociales y estabilidad psíquica: ____.

Tratamiento recibido hasta la fecha: activación/fisioterapia ____ · educación/ejercicios por cuenta propia ____ · tratamiento psicosomático/psicoterapéutico ____ · medicación, incluyendo dosis/duración/resultado ____ · tratamiento especializado/rehabilitación recibidos hasta la fecha ____.

Problemas con la medicación: actualmente ____ mg de equivalente de morfina oral al día; efectos secundarios/signos de uso indebido ____.

Justificación de una mayor intensidad del tratamiento: a pesar de un tratamiento ambulatorio suficientemente estructurado, no se ha producido una mejora funcional relevante. La coordinación y la intensidad necesarias no se pueden alcanzar de forma suficiente en el ámbito ambulatorio porque ____.

Objetivos del tratamiento: mejora de la distancia recorrida al caminar hasta ____, ____ de forma autónoma, reducción de ____, preparación para _____. Se ha informado al paciente de que la colaboración activa y la mejora funcional son prioritarias y que, en la mayoría de los casos, la ausencia total de dolor no es un objetivo principal realista.

C7. Reingreso y seguimiento

La responsabilidad del médico de cabecera no termina con el ingreso. Antes del ingreso, hay que aclarar: ¿Quién prescribe la medicación de mantenimiento durante el tratamiento? ¿Quién gestiona las cuestiones relacionadas con la baja por enfermedad? ¿Quién coordina los informes de los especialistas? ¿Qué medicamentos no deben volver a administrarse tras el alta? ¿Quién se encarga de la reducción de opioides? ¿Cuándo tiene lugar la primera cita con el médico de cabecera tras el alta?

No se establece un plazo rígido; en la práctica, en caso de cambios farmacológicos relevantes, debería preverse una cita en un plazo de pocos días.

► El mayor riesgo del seguimiento: la vuelta al tratamiento anterior

Evolución típica: se reduce la dosis de opioides durante la hospitalización → pico de dolor tras el alta → el servicio de guardia vuelve a administrar la dosis anterior → se suspende el tratamiento por miedo → el plan de tratamiento hospitalario se viene abajo en pocas semanas.

Regla de ClinicalOS: los cambios derivados del MMST no se revierten sin una nueva evaluación global. Antes de volver a aumentar la dosis de opioides, hay que comprobar: ¿reacción de recrudescimiento normal? ¿Síntomas de abstinencia? ¿Nueva señal de alarma? ¿Sobrecarga por un aumento demasiado rápido del entrenamiento? ¿Crisis psicosocial? ¿Falta de seguimiento?

Plan de brotes según el MMST (plan del paciente)

- Comprobar las señales de alerta · No interrumpir completamente la actividad · Ajustar la carga durante 24-72 horas, no hacer una pausa de varias semanas · Aplicar las estrategias de relajación y movimiento aprendidas · Utilizar la medicación no opioide de uso según necesidad acordada · No volver por cuenta propia a la dosis anterior de opioides

Póngase en contacto con la consulta en caso de: nuevos síntomas neurológicos, traumatismo, fiebre, deterioro funcional significativo y persistente, síntomas de abstinencia o crisis psíquica grave.

Reducción de la medicación según el MMST

El plan de alta debe incluir: dosis inicial, dosis actual, siguiente fase de reducción, intervalo, manejo de los síntomas de abstinencia, norma de interrupción o pausa, y persona responsable de la prescripción.

► Norma para el médico de cabecera

No realizar ninguna reducción adicional si el plan de hospitalización no resulta claro, sin consultar previamente con el centro asistencial. No reducir automáticamente la dosis ante un aumento temporal de la puntuación del dolor, inquietud sin causa clara, trastornos del sueño o miedo a la siguiente fase de reducción.

Capacidad laboral y reinserción

No se limite a preguntar «¿Ya no tiene dolor?», sino: ¿Qué actividades puede realizar? ¿Qué esfuerzos siguen estando limitados? ¿Es realista una reincorporación gradual? ¿Son necesarias adaptaciones en el puesto de trabajo? ¿Tiene sentido una rehabilitación de orientación médico-laboral?

C8. Casos prácticos

Caso 1: indicación clara para el MMST

Trabajador de almacén de 49 años: dolor lumbar crónico desde hace 2 años, sin indicación quirúrgica, baja por enfermedad desde hace 7 meses, distancia recorrida a pie de 300 m, miedo acentuado al movimiento, síntomas depresivos, tilidina/naloxona 400 mg/día sin mejora funcional, fisioterapia en varias ocasiones, predominantemente pasiva, se ha iniciado un tratamiento psicoterapéutico complementario.

Valoración: la pérdida funcional considerable, la complejidad biopsicosocial, el problema con la medicación, la pérdida de trabajo y de participación, así como la necesidad de un enfoque coordinado, activador y psicoterapéutico, abogan a favor de una evaluación mediante el MMST. Antes del ingreso, completar la información con: dosis concreta de opioides y patrón de consumo, objetivos funcionales documentados, ejercicios activos realizados hasta la fecha por el propio paciente, riesgo de suicidio y estabilidad psiquiátrica, disposición a reducir la dosis.

Caso 2: aún no hay indicación para el MMST

Paciente de 45 años: dolor de espalda desde hace 4 meses, resonancia magnética con ligeras alteraciones degenerativas, sin señales de alarma, sigue trabajando, sin limitación en la distancia recorrida al caminar; hasta la fecha, solo masajes pasivos y toma irregular de AINE; sin activación estructurada, sin educación, sin diagnóstico psicosocial.

Valoración: la cronicidad por sí sola no es suficiente. En primer lugar, explicar el modelo del dolor; programa activo de ejercicios por cuenta propia; objetivos de movimiento y funcionales; medicación racional a corto plazo; cribado psicosocial; seguimiento de la evolución.

Punto clave

Cuatro meses de dolor más los resultados de la resonancia magnética no constituyen una indicación automática para la MMST.

Caso 3: consulta de dolor en lugar de MMST hospitalaria

Paciente de 66 años: neuralgia posherpética, dolor neuropático localizado, por lo demás autónomo, sin depresión relevante, mala tolerancia a la gabapentina debido a una ERC. Evaluación: cuestión clínica claramente delimitada, sin necesidad de una intervención interdisciplinaria hospitalaria integral. Vía adecuada: medicina del dolor ambulatoria/neurología, terapia local, optimización de la medicación; no se requiere MMST con ingreso hospitalario completo.

Caso 4: rehabilitación en lugar de MMST

Paciente de 57 años tras una cirugía de disco intervertebral: dolor prácticamente estable, descondicionamiento físico notable, baja laboral prolongada, alta motivación, sin comorbilidad psíquica grave; objetivo principal: recuperación física y reinserción laboral. Valoración: énfasis en el entrenamiento, el aumento progresivo de la carga de esfuerzo y la participación laboral; es probable que una rehabilitación médica sea más adecuada que un tratamiento de salud mental y adicciones (MMST) con ingreso hospitalario completo.

Caso 5 – En primer lugar, psiquiatría/medicina de adicciones

Paciente de 52 años: dolor crónico, dosis elevadas de oxicodona, consumo diario adicional de benzodiazepinas, sobredosis repetidas, pensamientos suicidas actuales, solicita tratamiento del dolor hospitalario. Valoración: el MMST no es el primer paso. Prioridad: evaluación psiquiátrica aguda de seguridad, evaluación adictológica, tratamiento estructurado de la problemática relacionada con los sedantes y los opioides. Solo tras la estabilización se valorará si procede un tratamiento multimodal del dolor.

Caso 6: MMST con reducción de opioides y reingreso (longitudinal)

Momento	Evolución
Resultado	Paciente de 54 años, dolor lumbar crónico inespecífico: tilidina/naloxona 600 mg/día, pregabalina 300 mg/día, zopiclona 7,5 mg, baja por enfermedad desde hace 10 meses, distancia recorrida a pie 250 m, miedo acentuado al movimiento.
Evolución durante la hospitalización	Reducción de la tilidina a 300 mg/día; retirada gradual de la pregabalina ante la ausencia de signos neuropáticos; suspensión del zopiclona; entrenamiento diario de resistencia y fuerza; programa de manejo del dolor. Al alta: distancia recorrida a pie de 900 m; puntuación del dolor con cambios mínimos.
Semana 1 (atención de medicina general)	Revisión de la medicación, no se renueva la prescripción de pregabalina ni zopiclona, evaluar los síntomas de abstinencia, continuar con el entrenamiento.
Semana 4	Distancia recorrida a pie: 1 200 m; tilidina: 250 mg/día; planificación de una reincorporación gradual.
Semana 10	Tilidina 150 mg/día, reincorporación a tiempo parcial, dolor sigue siendo de 5-6/10, mejora notable en la vida cotidiana y la funcionalidad.

► Interpretación errónea frente a interpretación correcta

Errónea: «El dolor sigue siendo de 6/10, el tratamiento no ha servido de nada». Correcta: mejora funcional notable, menor carga sedante, menor dosis de opioides, mejor autocontrol; el dolor no ha desaparecido, pero es menos limitante.

Caso 7: recaída tras falta de seguimiento (estudio longitudinal)

La paciente recibe el alta tras un tratamiento IMST semihospitalario con duloxetina 60 mg, dosis reducida de oxicodona, un plan de ejercicio diario y tratamiento psicoterapéutico continuado. Semana 2: aún no se ha organizado la plaza de psicoterapia; la fisioterapia no comenzará hasta dentro de 6 semanas; ante un pico de dolor, el servicio de guardia vuelve a administrar la dosis anterior de oxicodona. Semana 6: nuevo reposo, cansancio creciente, ausencia de entrenamiento, nivel funcional de nuevo como antes del tratamiento.

⚠ Fallo del sistema en lugar de fracaso terapéutico individual

No se ha producido una reincorporación oportuna al médico de cabecera, no hay un seguimiento coordinado, no se ha desactivado el plan de medicación anterior, no hay comunicación con el servicio de guardia ni con la farmacia, y no existe un plan para brotes agudos. El seguimiento forma parte de la eficacia del MMST y no debe tratarse como un complemento opcional.

C9. Lista de control de bolsillo: MMST en 30 segundos

Paso	Punto de verificación
1. ¿Peligro agudo?	Señales de alarma → Diagnóstico agudo, no aplicar el MMST
2. ¿Complejidad crónica?	Pérdida de función + complejidad biopsicosocial + necesidad de un enfoque interdisciplinar
3. ¿Se ha intentado lo suficiente en el ámbito ambulatorio?	Documentar la calidad y la intensidad de las intervenciones, sin límite mensual rígido
4. ¿Qué entorno es el adecuado?	Cuestión específica → consulta de dolor · entrenamiento de participación → rehabilitación · programa intensivo con estabilidad en el domicilio → régimen semi-hospitalario · alta inestabilidad/necesidad de vigilancia → régimen hospitalario completo
5. ¿Es el paciente un candidato adecuado?	Motivación, colaboración activa, capacidad para trabajar en grupo, aceptación de los objetivos, estabilidad médica/psiquiátrica
6. ¿Está completa la carta de derivación?	Función, evolución, tratamiento, medicación, factores psicosociales, objetivos, justificación del entorno

Módulo de asistencia médica para la atención previa y posterior

Fase	Tarea	No delegable
Antes del ingreso	Registrar de forma estructurada la distancia recorrida, el sueño, las bajas por enfermedad, la lista de medicamentos, el consumo real, las sesiones terapéuticas anteriores, los cuestionarios y las citas/resultados	—
Tras el alta	Cita dentro del plazo previsto, actualizar el plan de medicación, marcar las recetas antiguas o renovadas, documentar los valores funcionales, hacer un seguimiento de las citas de fisioterapia, psicoterapia y rehabilitación, comunicar los signos de alerta	Decisión sobre el aumento de la dosis de opioides, interpretación de un delirio, modificación del plan de reducción gradual, evaluación de una señal de alarma aguda

Indicadores de calidad para la consulta

Antes del MMST	Tras el MMST
Porcentaje de ingresos con perfil funcional documentado · matriz de medicación completa · objetivo terapéutico concreto · evaluación psicosocial documentada · justificación del entorno	Revisión oportuna de la medicación · aplicación del plan de alta · no reanudación indiscriminada de medicamentos suspendidos · evolución funcional documentada · seguimiento organizado · planificación laboral y de participación

Mensajes clave

Nota

- La indicación del MMST se establece mediante una visión clínica global, no mediante una puntuación.
- El OPS es un código hospitalario: la consulta del médico de cabecera justifica la necesidad médica, mientras que el hospital de destino decide el entorno y la codificación.
- No hay una duración rígida del tratamiento previo: lo decisivo es la calidad, la dosis y el fracaso documentado de las medidas ambulatorias.
- La pérdida de función y de autonomía tiene más peso que la intensidad del dolor, incluso en el caso de que el MMST tenga éxito.
- La readmisión y el seguimiento forman parte de la eficacia del MMST, no son un complemento opcional.
- Las crisis psiquiátricas y de adicción agudas se tratan antes del MMST.

Recursos en línea y centros de referencia

Guías, clasificaciones y sociedades científicas

[Directriz S1 de la DEGAM «Dolor crónico» \(053-036, válida hasta noviembre de 2028\)](#)

[BfArM/DIMDI – OPS, versión 2026, códigos 8-918, 8-91b, 8-91c](#)

[MD-Bund – Guía de evaluación del código complejo OPS 8-918](#)

[Sociedad Alemana del Dolor – Tratamiento interdisciplinario y multimodal del dolor](#)

[Seguridad Social Alemana – Rehabilitación médica](#)

Servicios de atención ambulatoria, centros del dolor, centros de derivación

[Sociedad Alemana del Dolor – Búsqueda de terapeutas](#)

[Sociedad Austriaca del Dolor – Directorio de centros especializados en el dolor](#)

Organizaciones de pacientes

[Liga Alemana contra el Dolor e.V.](#)

Bibliografía y fuentes (estilo Vancouver)

1. Sociedad Alemana de Medicina General y Familiar (DEGAM). Dolor crónico. Recomendación de actuación S1, número de registro AWMF (asociación alemana de sociedades científicas médicas, editora de las guías) 053-036, versión 2.1, válida hasta noviembre de 2028.
2. Instituto Federal de Medicamentos y Productos Sanitarios (BfArM). Versión 2026 del OPS: códigos 8-918 (tratamiento del dolor multimodal interdisciplinario en régimen de hospitalización completa), 8-91b (tratamiento de corta duración), 8-91c (tratamiento del dolor multimodal interdisciplinario en régimen de hospitalización parcial).
3. Servicio Médico Federal. Evaluación del código complejo OPS 8-918 «Terapia multimodal del dolor»: guía de evaluación. Essen: MD Bund; versión de 2019, actualizada en 2025.
4. Sociedad Alemana del Dolor (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.). Terapia interdisciplinaria y multimodal del dolor: documento de posición de la comisión ad hoc.
5. Seguro de Pensiones Alemán. Rehabilitación médica: objetivos y vías de acceso.
6. Häuser W, Bock F, Engeser P, Tölle T, Willweber-Strumpf A, Petzke F. Uso a largo plazo de opioides en el dolor crónico no oncológico: guía S3 LONTS. Número de registro AWMF 145-003. Berlín: AWMF; 2020 (caducada formalmente desde marzo de 2025, pendiente de actualización).

Nota sobre las fuentes de este capítulo

Nota editorial

La decisión concreta de admisión y la documentación previa requerida varían según los centros del dolor; antes de la derivación, compruebe los requisitos del centro de destino concreto. La guía LONTS ha caducado formalmente; sus principios básicos sirven como referencia técnica, no como guía vigente en la actualidad.

Descubra la edición completa de ClinicalOS

**Volumen 9 · Temas transversales específicos de la medicina
de familia**

Para obtener información sobre la edición completa y la colección ClinicalOS, visite:

clinicalos.de

Los avisos originales sobre uso y responsabilidad también se aplican a esta muestra.