

RECOMENDACIÓN. Revisar simultáneamente los dos archivos en word (Audio y Texto). La numeración de los títulos corresponde al número de la página en el módulo de estudio.

Introducción

Bienvenido al curso sobre:
Tratamiento de la lumbalgia crónica

Médico responsable del contenido
Este curso ha sido desarrollado por:

Autor: Dr. Reinhard Sittl, Departamento de Anestesiología y Tratamiento del Dolor, Universidad de Eriangen-Nuremberg, Alemania
Prof. Bart Morlion, Centro Leuven de Algología, Hospital Universitario de Leuve, Bélgica.

Comité Coordinador: Dr. Manuel Lubian López
Dra. Concepción Pérez Hernández
Dr. José De Andrés Ibáñez
Dr. Antonio Herreros
Dr. César Margarit Ferri
Dr. Domingo Ruiz Hidalgo
Dr. Miguel Ángel Ruiz Ibán
Dr. Jesús Tornero Molina
Dr. Alejandro Tejedor
Dr. José Ramón González-Escalada

1. Objetivos

Al completar este módulo el alumno debe haber aumentado su conocimiento sobre:

- La alta carga que supone el dolor crónico.
- El dolor de espalda como una enfermedad frecuentemente subtratada, y cómo el dolor de espalda crónico puede afectar la calidad de vida del paciente.
- Los costes asociados con el dolor de espalda.
- Diferentes dolores de espalda crónicos vistos en la práctica.
- Los mecanismos subyacentes de los dolores de espalda, y los tipos de pacientes que se ven afectados.
- La importancia de los componentes del dolor neuropático en la gravedad del dolor crónico de espalda.
- Las opciones de tratamiento del dolor de espalda crónico.
- La importancia de adoptar tanto enfoques farmacológicos como no farmacológicos para tratar el dolor crónico de espalda.
- El papel de la fisioterapia y del ejercicio físico, la terapia psicológica y promover un programa de abordaje multimodal del dolor.
- Las clases de fármacos utilizados en el tratamiento del dolor de espalda y los mecanismos de acción de varios medicamentos analgésicos.
- Las razones para combinar medicamentos analgésicos en el tratamiento del dolor crónico.

2. Dolor crónico: una enfermedad por sí misma

OMS
“Un problema por sí mismo, no sólo como indicador de una enfermedad o proceso perjudicial subyacente, sino también supone una gran carga para los individuos y para la sociedad”
Precisa tratamiento estandarizado
Oncológico
No oncológico
Dolor agudo

El dolor es más que sólo un síntoma
Influencia la respuesta del paciente al tratamiento médico y quirúrgico
Impacta tanto en los resultados clínicos como en la calidad de vida.
El dolor crónico y recurrente debe considerarse como una enfermedad por sí misma.

El dolor crónico afecta aproximadamente a una cuarta parte de los ciudadanos europeos. El dolor crónico es de naturaleza multifactorial e impacta a interacción de:

- Factores físicos
- Factores psicológicos
- Factores sociales

Los planes para tratar el dolor deben plantearse sobre la base de una buena comunicación médico-paciente y de unos objetivos acordados conjuntamente.

3. Deficiencia: tratamiento actual del dolor crónico

El dolor crónico es a menudo subtratado
46.394 encuestados

Muchos pacientes sienten que su dolor no está bien controlado

Para mejorar los resultados del tratamiento, se necesita:

Una comprensión meticulosa del efecto causado por el dolor crónico en los pacientes.

Una apreciación de los mecanismos de dolor

Nota

El plan de tratamiento debe estar dirigido a las necesidades del paciente y abordar las diferentes etapas del dolor

4. Carga física y psicológica del dolor intenso

El dolor crónico intenso supone una carga de gran alcance

- Problema físico
- Carga psicológica
- Problema económico
- Impacto sobre la calidad de vida
- Alteración del apetito
- Ansiedad
- Movilidad reducida
- Función social limitada
- Capacidad laboral limitada
- Depresión
- Sueño alterado

Calidad de vida reducida

5. Encuesta Nacional Salud y Bienestar: dolor

Imágenes...

Nota

Un 22% había padecido dolor durante el mes anterior

6. Costes de la lumbalgia

La alta prevalencia de la lumbalgia tiene importantes consecuencias económicas y sociales

70% tasa de prevalencia a los 12 meses

Costes por paciente=1.322 €

54% costes indirectos

46% costes directos

En otros países europeos se han informado de costes altos similares a los mostrados en Alemania

7. Riesgos de la lumbalgia

Seleccione cada factor para conocer más.

Conducta física

Falta de ejercicio

Estilo de vida sedentario

Factores ambientales

Vibraciones
Mobiliario mal diseñado (no ergonómico)

Factores del paciente

Edad
Talla/Peso/IMS (índice de masa corporal)

Condición física

Debilidad muscular
Mala postura

Condición psicológica

Estrés
Depresión
Miedo al movimiento

Etiología de la lumbalgia

No específico

- Trastorno funcional debido a la carga incorrecta de peso mecánico
- 90% de los casos son no radicales y pseudoradicales

Específico

- Irritación de raíz nerviosa y síndrome de compresión
- 5% aproximadamente radicular
- Dolor irradiado extravertebral
- Visceral
- Prolapso de disco intervertebral
- Metabólico
- Osteoporosis
- Fractura
- Trastornos dolorosos
- Somatoformes
- Oncológicos
- Tumores primarios
- Metástasis
- Inflamatorio
- Reumáticos
- Infecciones

10% de los casos

Nota

El riesgo de la lumbalgia es más alto durante la vida laboral del paciente, con un pico entre los 30 y 39 años.

8. Localización de la lumbalgia

Región del cuello 40%
Región del hombro 44%
Entre los omóplatos 28%
Región columna lumbar 73%
Irradiado hacia las piernas 32%

9. División del dolor

Inespecífico (no radicular) 90%

- Causa no clara
- El dolor permanece limitado a una región de la columna vertebral

Específico (radicular) 10%

- Generalmente es posible detectar la causa
- El dolor se irradia a la pierna incluso hasta los dedos del pie

- Asociado con radiculopatía/estenosis vertebral o con otra causa vertebral específica

10. Desarrollo de la lumbalgia

Muchas personas experimentan dolor agudo de espalda al menos una vez en su vida

La intensidad y la frecuencia están influenciadas por componentes psicológicos

La lumbalgia en las mujeres tiende a ser más prolongado que en los hombres

11. Práctica –pregunta 1

(Ver archivo AudioyRef)

12. Práctica –pregunta 2

(Ver archivo AudioyRef)

13. Clasificación de la lumbalgia según los mecanismos de dolor

Mecanismos de la lumbalgia crónica

Dolor nociceptivo de espalda

- p.e. Osteoporosis
- sin lesión o inflamación del sistema nervioso
- la sensación dolorosa es de pinchazo o quemazón en respuesta a:
 - agresión mecánica
 - lesión química
 - estímulos nocivos de calor o frío

Dolor nociceptivo inflamatorio de espalda

- p.e. Síndrome Facetario Lumbar

Dolor neuropático de espalda

- p.e. Síndrome de irritación de raíz nerviosa
- implica daño del nervio
- expresión de plasticidad mal adaptada:
 - sensibilización periférica
 - sensibilización central

Dolor disfuncional de espalda

- p.e. Fibromialgia

Dolor mixto

- p.e. Lumbalgia inespecífica, estenosis del canal vertebral
- sin daño evidente del nervio
- p.e. Dolor no específico de espalda, estenosis del canal vertebral
- componentes mixtos:
 - Dolor neuropático
 - Dolor nociceptivo

Nota

Todos los tipos de dolor son procesados por el sistema nervioso

14. Componente neuropático de la lumbalgia

La lumbalgia frecuentemente se presenta con un mecanismo nociceptivo y neuropático

Componente neuropático

4% de la población

7.772 pacientes con lumbalgia

Componente neuropático probable 37%

Componente neuropático incierto 27,7%

Componente neuropático no probable 35,3%

El dolor neuropático se relaciona con:

- Dolor más intenso
- Comorbilidad más grave
- Peor calidad de vida

15. Sensibilización central

La sensibilización periférica y central, así como la inflamación, juegan un papel en la alteración del proceso y la percepción del dolor

El dolor se puede cronificar como resultado de daño tisular y la inflamación local

Si la inflamación no es tratada apropiadamente, los nociceptores pueden alterarse bajo la influencia de mediadores inflamatorios produciendo sensibilización al dolor

La actividad persistente de las fibras nerviosas dañadas conduce a cambios neuroplásticos en el SNC

Esto provoca que las neuronas nociceptivas del asta posterior reaccionen más intensamente (wind-up)

Además, los mecanorreceptores a través de sus fibras A β llegan a establecer contacto en sinopsis de las vías nociceptivas

A través de esta sinapsis, los estímulos no dolorosos son reconocidos como dolorosos (alodinia)

16. Práctica-pregunta 3

(Ver archivo AudioyRef)

17. Práctica-pregunta 4

(Ver archivo AudioyRef)

18. Diagnóstico de la lumbalgia

Diagnostico primario de la lumbalgia

Descubrir las causas físicas de las molestias, en particular si estas precisan un tratamiento específico o urgente (banderas rojas)

Determinar las molestias físicas y los trastornos funcionales

Identificar los factores, los cuales presentan un riesgo de cronificación del dolor (banderas amarillas)

Obtener la evidencia objetiva de los síntomas físicos y las alteraciones funcionales para identificar:

- Lumbalgia inespecífica
- Lumbalgia con radiculopatía o estenosis vertebral
- Lumbalgia con otra causa potencial

19. Banderas rojas y dolor crónico

Objetivo: identificar las causas físicas potenciales de los síntomas que precisen tratamiento urgente específico

Fracturas

- Antecedentes recientes de trauma violento
- Evidencia de fracturas asintomáticas por compresión

Tumores

Tumor/metástasis

- Edad
- Antecedentes de tumores/cánceres previos

Infecciones

- Fiebre o escalofríos que haya ocurrido recientemente
- Infección bacteriana previa
- Inmunosupresión
- Abusos de drogas intravenosas
- VIH

Radiculopatías /neuropatías

- Irradiación del dolor hacia una o las dos piernas
 - Disestesia
 - Síndrome caudal (silla de montar)
 - Déficit neurológico como parálisis
-
- Edad del paciente es inferior a 20 años o superior a 55 años
 - Dolor constante no mecánico, progresivo, que no mejora con el descanso en cama
 - Dolor torácico

- Paciente en mal estado sistemáticamente
- Pérdida de peso sin explicación
- Uso prolongado de corticoides
- Síntomas neurológicos generalizados (incluidos síndrome de cauda equina)
- Deformidad estructural

20. Banderas amarillas y dolor crónico

Los factores psicosociales aumentan el riesgo de desarrollar o perpetuar el dolor crónico y la incapacidad a largo plazo

- Factores psicosociales de riesgo:
 - Actitud inapropiada y creencias sobre la lumbalgia
- Conducta inapropiada frente al dolor
- Problemas relacionados con el trabajo o cuestiones de compensación
- Problemas emocionales
- Enfermedad concomitante:
 - Enfermedad cardio-respiratoria
 - Enfermedad psiquiátrica
- Hábitos de estilo de vida:
 - Fumar, medicamentos (bloqueadores AT1)
 - Malas condiciones laborales
 - Clase social
 - Educación
 - Ingresos

21. Práctica – Pregunta 5

(Ver Archivo AudioyRef)

22. Diagnóstico de lumbalgia

1. Pregunte al paciente sobre:
 - Tipo de dolor
 - Duración
 - Intensidad
 - Localización percibida
2. Realice la exploración física
3. Realice pruebas de la columna vertebral basadas en la práctica

La prueba de Lasègue (prueba de elevar la pierna estirada):

La prueba es positiva si el dolor en la distribución ciática se produce a los 30-70 grados de inflexión pasiva de la pierna estirada. El signo de Lasègue puede ser utilizado para diagnosticar la irritación de la raíz nerviosa. Un signo de Lasègue es positivo cuando el dolor aparece inmediatamente en la típica trayectoria del dermatoma de la raíz nerviosa afectada aumentando al estirar la pierna.

La prueba de Schöber mide la flexibilidad lumbar en el plano sagital.

El médico marca 15cm de extensión en total (10 por encima y 5 por debajo de la unión lumbosacra)

Se pide al enfermo que se incline hacia adelante todo lo que pueda. Un aumento sobre 4 cm indica que la movilidad es normal, entre 2 y 4 cm sospecha de limitación y menos de 2cm limitación definitiva.

La prueba de Faber es utilizada frecuentemente para diferenciar problemas de columna lumbar de patología primaria de la cadera.

La prueba de Faber se utiliza para valorar el tono de psoasiliaco, con el paciente en decúbito supino, se lleva al miembro a flexión de cadera y rodilla hasta que la planta del pie reposa en la rodilla.

Otras pruebas sencillas:

- Pida al paciente que camine sobre los talones y los dedos de los pies
- Intentar ladear la pelvis y una serie de movimientos del tronco
- Llegar con los dedos de las manos a los pies y la prueba de barbilla-tórax
- Pida a los pacientes demostrar la expansión del tórax y el rango de movimiento de la columna cervical
- Pida a los pacientes que se sienten en el suelo con las piernas estiradas

El diagnóstico por imagen puede realizarse en pacientes con déficits neurológicos progresivos o intensos o signos de radiculopatía o estenosis de canal.

23. Dolor radicular y no radicular de espalda

Seleccione sobre cada tipo de dolor para aprender sobre sus indicadores diagnósticos.

Dolor radicular de espalda

10% de todos los dolores crónicos de espalda

Indicadores diagnósticos:

- Debilidad muscular
- Dolor en las piernas y glúteos
- Trastornos en la sensibilidad
- Signos de Lasègue

Etiología:

- Presión sobre las raíces nerviosas vertebrales

Causas:

- Hernia de disco
- Estenosis ósea

Síntomas:

- Dolor punzante

Localización del dolor:

- Piernas o glúteos, más que en espalda

Dolor no radicular

90% de todas las lumbalgias crónicas

Etiología:

- Cambios en las articulaciones (articulaciones intervertebrales, articulación sacroilíaca)
- Cambios en los ligamentos musculares
- Cambios intervertebrales (sin prolapso)

Síntomas:

- Dolor sordo, difícil de localizar

Localización del dolor:

- Unilateral o bilateral en la región de la espalda o las glúteos
- El dolor a menudo se intensifica al cambiar de postura o cuando se mantiene la postura durante un largo periodo de tiempo
- A menudo se calma con el movimiento

24. Herramientas para evaluar la lumbalgia

Un protocolo estándar asegura la recopilación de información de la historia clínica y de las exploraciones físicas. Dichas herramientas pueden también ser utilizadas para evaluar el tipo de dolor experimentado por el paciente.

25. Práctica – Pregunta 6

(Ver archivo AudioRef)

26. Práctica – Pregunta 7

(Ver archivo AudioRef)

27. Tratamiento de la lumbalgia

El médico debe siempre tomar en cuenta los riesgos para que el dolor agudo llegue a cronificarse. Seleccione cada tipo de dolor para aprender sobre sus principales tratamientos.

Agudo

El tratamiento del dolor agudo está enfocado en:

- Físico:
 - Estimulando al paciente a que se mueva lo antes posible
 - Breve permanencia en cama y baja laboral
 - Aplicación de calor/frío
 - Terapia física
- Farmacológica:
 - Analgésicos
 - Co-analgésicos
- Estimulación:
 - Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)
 - Acupuntura
- Tratamiento intervencional y quirúrgico

Nota.

Si no hay mejoría en 2-4 semanas pedir otras pruebas

Crónico

El tratamiento de la lumbalgia crónica es más complejo y comprende:

Principios generales del tratamiento:

- Intervencional: p.e. quirúrgico
- Tratamiento con medicación: p.e. Paracetamol, AINEs, opioides débiles, opioides potentes, relajantes musculares, ATC e ISRS
- Tratamiento no farmacológico: p.e. terapia con ejercicio controlado, medidas de relajación, ergoterapia, educación del paciente y terapia conductual.
- Multimodal, a largo plazo: Orientado individualmente a los síntomas actuales y a las causas fisiopatológicas

Tratamiento multimodal

- Terapia física y deportiva:
 - Activa
 - Terapia médica de entrenamiento
- Terapia de estimulación
 - TENS
 - Estimulación de la médula espinal
- Tratamiento psicológico del dolor:
 - Técnicas de relajación
 - Estrategias de adaptación al dolor
- Farmacoterapia:
 - Analgésicos
 - Co-analgésicos (p.e. antidepresivos, anticomiciales)

Un tratamiento o planteamiento terapéutico único no puede resolver el problema de la lumbalgia crónica

Centro de atención: Ayudar a los pacientes a auto-controlar su enfermedad

Objetivo: Reducir el dolor y su impacto.

28. Tratamiento no médico, no quirúrgico

Tratamiento no médico, no quirúrgico

- Entrenamiento y fitness correctos
- Ejercicios de estabilidad corporal, masajes, quiropráctica, fisioterapia, acupuntura
- Terapia conductual, aceptación psicológica del dolor

El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recomienda 8 sesiones de ejercicio físico supervisado a lo largo de 12 semanas que pueden ser combinados con un programa de tratamiento psicológico.

El ejercicio mejora la flexibilidad, la resistencia y la fuerza y puede contribuir al alivio del dolor.

Existe evidencia médica de calidad moderada de que los programas de ejercicio ayudan a prevenir las recurrencias de la lumbalgia.

- TENS, Dispositivos ortopédicos

29. Ejercicios y dolor crónico

La terapia de ejercicio gradual (TEG) y las estrategias cadenciales se emplean como parte un programa multimodal intensivo de tratamiento.

La TEG asegura que los pacientes realicen ejercicios para mejorar la flexibilidad y la resistencia, reduciendo el dolor y mejorando la función.

Las estrategias cadenciales aseguran que los pacientes con dolor de espalda aprendan a poner un ritmo en sus vidas, teniendo en cuenta su dolor y problemas de espalda,

Nota.

Ayudar a los pacientes a aprender a vivir con dolor de espalda y mantener la función a pesar del dolor es una parte clave del tratamiento multimodal.

30. Tratamiento farmacológico del dolor: una terapia basada en el mecanismo

Características / síntomas del dolor	Diagnóstico, p.e.	Mecanismos		Tratamiento del dolor con medicación	
Afectación al sistema muscular y esquelético De esfuerzo Dependiente Local Doloroso Sin signos de inflamación	Artrosis Síndrome de dolor miofascial	Nociceptivo	Activación nociceptora Inhibición endógena del dolor reducida	No opioides (Paracetamol / AINEs) Relajantes musculares MOR-NRI	Opioides
Afectación del sistema muscular y esquelético De esfuerzo Dependiente Signos locales de inflamación Urgente-punzante-profundo	Artrosis Artritis activa	Nociceptivo Inflamatorio	Activación y sensibilización nociceptora	AINEs (glucocorticoides) Opioides MOR-NRI	
Afectación del sistema nervioso Quemante Punzante Síntomas neurológicos concomitantes	Polineuropatía diabética Neuralgia post-herpética	Neuropático	Formación de nuevos canales y receptores Generación de impulso ectópico (actividad espontánea)	Anticomiciales (bloqueadores del canal del Na y del Ca) Antidepresivos (todos ATC) MOR-NRI	
			Sensibilización central		
			Formación de nuevos canales y receptores Generación de impulso ectópico (actividad espontánea)	Inhibidores noradrenérgicos y serotoninérgicos de la recaptación (antidepresivos) Opioides	
Localización múltiple No hallazgos patológicos Hipersensibilidad al dolor Síntomas vegetativos y/o mentales	Síndrome de fibromialgia	Disfuncional	Reducción de la inhibición endógena y cambios en el proceso del dolor	Inhibidores noradrenérgicos y serotoninérgicos de la recaptación (antidepresivos)	

Nota.

Si están presentes diferentes mecanismos subyacentes, para alcanzar los niveles adecuados de alivio del dolor es necesario combinar diferentes clases de fármacos, como es el caso de la lumbalgia crónica.

31. Farmacoterapia, incluidas combinaciones, para el dolor crónico de espalda

El dolor crónico a menudo comprende un componente neuropático y puede reflejar simultáneamente dolor nociceptivo y neuropático.

Los procesos de sensibilización periférica y central contribuyen a la hipersensibilidad dolorosa y a la cronificación del dolor.

Las neuronas involucradas en el procesamiento del dolor modifican sus propiedades, el perfil químico, la conducta y la sensibilidad en respuesta al entorno y las circunstancias.

En el dolor crónico, el papel de los controles normales del procesamiento del dolor están alterados debido a:

- El papel del sistema opioidérgico (endorfina activada) está reducido
- La contribución del sistema monoaminérgico está aumentada: La noradrenalina actúa de forma puramente antinociceptiva, la 5-HT puede actuar de forma anti/pronociceptiva

Dolor nociceptivo

Dolor inflamatorio

Paracetamol, AINEs e inhibidores de la COX-2

Actúan sobre el componente nociceptivo de la lumbalgia crónica, pero son muy ineficaces en el dolor neuropático. p.e. ibuprofeno, diclofenaco, ácido acetilsalicílico.

El paracetamol, los AINEs y los inhibidores de la COX-2 actúan sobre el componente nociceptivo de la lumbalgia crónica. Estos fármacos son muy ineficaces sobre los mecanismos específicos del dolor neuropático.

Ejemplos:

- Paracetamol
- AINEs: ibuprofeno, ácido acetilsalicílico (ASA, aspirina), diclofenaco
- Inhibidor de la COX-2: celecoxib

Paracetamol:

- Se cree que inhibe las enzimas COX y que refuerza las vías inhibitorias descendentes
- Está recomendado por las guías NICE y ACP/APS como tratamiento de primera línea para la lumbalgia persistente
- No está recomendado en las guías para el dolor neuropático

Nota. Las guías NICE recomiendan que cuando paracetamol solo no proporciona suficiente alivio del dolor, se puede emplear un AINE o un inhibidor de la COX-2, tomando en cuenta el riesgo de efectos secundarios de los AINEs, especialmente en ancianos y en grupos de riesgo.

AINEs:

- Actúan sobre las enzimas COX-1 y COX-2
- Si se utilizan en el tratamiento de la lumbalgia se recomienda co-prescribir a los pacientes un inhibidor de la bomba de protones (IBP) para gastroprotección.

Una reciente revisión Cochrane – un metanálisis de 65 estudios – sugiere que los AINEs son eficaces para el alivio sintomático a corto plazo en pacientes con lumbalgia aguda y crónica sin ciática.

- Los efectos del tratamiento son pequeños y ningún agente parece ser superior a otro.

Inhibidores de la COX-2:

Los inhibidores de la COX-2 muestran menos efectos secundarios en comparación con los AINEs tradicionales, si bien estos fármacos pueden aumentar el riesgo cardiovascular en poblaciones específicas de pacientes.

Nota.

Las guías AGS concluyen que los AINEs no selectivos y los inhibidores selectivos de la COX-2 pueden plantearse en pocas ocasiones, con precaución extrema y en individuos muy seleccionados (alta evidencia, recomendación fuerte)

Agentes tópicos

Utilizados para el tratamiento del dolor nociceptivo/inflamatorio, p.e. ibuprofeno, diclofenaco

Los agentes tópicos como ibuprofeno diclofenaco en gel, crema o spray pueden ser utilizados como parte del tratamiento en algunos tipos de dolor musculoesquelético.

Una reciente revisión sistemática de literatura buscando documentos que informaran sobre la eficacia de cremas, geles, soluciones y parches que contengan AINEs, fue incapaz de identificar una evidencia sobre la eficacia de estos agentes para la lumbalgia aguda y crónica.

Alguna revisión concluye que algunos fármacos tópicos pueden ser eficaces en el tratamiento del dolor localizado debido a artrosis de una articulación y lesiones musculares agudas.

Tratamientos Opioides

Actúan sobre el dolor nociceptivo y, en menor grado, sobre el dolor neuropático.

- Opioides potentes (p.e. morfina, oxicodona, fentanilo)
- Opioides débiles (p.e. tramadol, codeína)

Los tratamientos opioides actúan principalmente sobre el dolor nociceptivo y en menor cantidad sobre el dolor neuropático. Estos fármacos se unen a los receptores opioides en el SNC para interferir en la activación de la transmisión y la modulación de los impulsos y la percepción del dolor

Existe alguna controversia en la literatura de que los opioides son realmente eficaces para el componente neuropático de la lumbalgia crónica, en parte debido a que pocos estudios se han enfocado en subpoblaciones específicas de pacientes con dolor de espalda.

- Una revisión reciente de la literatura ha encontrado sólo un estudio que evalúa un opioide en pacientes con dolor radicular
- En este estudio, se evaluó la morfina oral en un total de 55 pacientes y se encontró que no era diferente a placebo en la reducción de las puntuaciones del dolor de la pierna
- El estudio también mostró una alta tasa de abandono por parte de los pacientes.
- Las características de tolerabilidad de los opioides pueden limitar su utilidad en la práctica clínica –los efectos secundarios incluyen boca seca, náuseas, estreñimiento y mareo.
- El uso de opioides en el dolor crónico puede estar limitado por el posible desarrollo de dependencia y tolerancia analgésica
- Los opioides pueden ser eficaces y seguros si se utilizan adecuadamente y se cuida la selección del fármaco, la vía de administración, la dosis y se lleva un control del tratamiento
- Un periodo de prueba de 1 mes puede ayudar a determinar si el tratamiento opioide es eficaz y seguro en un paciente en particular. Los pacientes que no respondan tras un mes de tratamiento a prueba deben ser cuidadosamente revisados para poner dosis más altas o para cambiar a tratamiento en combinación para un tratamiento eficaz de la lumbalgia

La presencia de dolor neuropático puede ser útil para la selección de pacientes para identificar dolor con componente neuropático

Dolor neuropático

Dolor disfuncional

Antidepresivos

Fármacos que inhiben la recaptación de neurotransmisor, actúan sobre el componente neuropático de la lumbalgia crónica p.e. antidepresivos tricíclicos (ATC), ISRS

Los antidepresivos que actúan a través de una serie de mecanismos en el sistema nervioso periférico y central, actúan sobre el componente neuropático del dolor crónico.

Examples:

- Antidepresivos tricíclicos (ATC)
- ISRS

Antidepresivos tricíclicos:

Recomendados para el tratamiento de la lumbalgia que no responde suficientemente a otros fármacos

A pesar de ser una opción recomendada por guías para el tratamiento de la lumbalgia, los resultados de varios meta-análisis y revisiones sistemáticas sólo apoyan pequeños beneficios para los antidepresivos tricíclicos.

Una revisión Cochrane sugiere que no hay clara evidencia de que esta clase de antidepresivos es mejor que placebo, en el tratamiento de la lumbalgia crónica.

ISRS

Los datos sobre eficacia de los ISRS también aportan resultados controversiales

Se han demostrado reducciones moderadas del dolor con los fármacos que actúan sobre la recaptación de la noradrenalina (amitriptilina, imipramina, nortriptilina, maprotilina, duloxetina)

Los fármacos que actúan preferentemente sobre la recaptación de serotonina (trazodona, paroxetina) parecen menos eficaces en el tratamiento del dolor.

Fármacos anticonvulsivantes (Anticomiciales)

Ayudan en el tratamiento de la lumbalgia crónica, p.e. pregabalina, gabapentina.

Los fármacos anticomiciales pueden ser útiles en el tratamiento del dolor neuropático crónico de espalda

Fármacos anticomiciales más actuales pregabalina y gabapentina ejercen su efecto mediante la unión a los canales calcio de alto voltaje para modular la neurotransmisión y actuar sobre los componentes neuropáticos del dolor

No existe buena evidencia que apoye el uso de estos fármacos como monoterapia para el tratamiento de la lumbalgia crónica

Los anticomiciales como pregabalina parecen ofrecer un mayor alivio del dolor y mejorar la calidad de vida del paciente cuando se usa en combinación con el tratamiento opioide.

Nota.

Estos fármacos no están incluidos en las guías NICE para el tratamiento de la lumbalgia.

Agentes tópicos

Pueden ser útiles en el tratamiento del dolor neuropático localizado, p.e. lidocaína, capsaicina

Fármacos tópicos: parche de lidocaína al 5%

Los fármacos tópicos pueden ser útiles como parte del tratamiento del dolor neuropático localizado.

Ejemplos:

- Lidocaína
- Capsaicina

Lidocaína

Los parches de lidocaína al 5% proporcionan analgesia mediante dos mecanismos de acción: protección mecánica del área dolorosa contra p.e. la alodinia y mediante una difusión lenta de la lidocaína de la piel dolorosa.

Se cree que la lidocaína reduce la actividad ectópica de las fibras nerviosas dañadas mediante el bloqueo de sus canales del sodio.

Debido a la baja absorción sistémica de lidocaína, el riesgo de efectos secundarios sistémicos o de interacciones entre fármacos es bajo.

40 pacientes 63% tuvieron reducción del dolor

El tratamiento es particularmente eficaz para el control de los componentes del dolor neuropático, y el efecto se mantuvo también tras suspender la medicación

Tomar en cuenta que el parche de lidocaína al 5% está indicado sólo para el tratamiento de la neuralgia postherpética.

Capsaicina tópica:

La capsaicina tópica ha sido también evaluada en pacientes con dolor crónico de espalda no específico.

Tras 3 semanas, se apreció una reducción del 30% del dolor en el 60% de los 154 pacientes estudiados, en comparación con el 42% de los pacientes tratados con placebo.

Por el contrario, las mejoras en el movimiento total y la discapacidad no fueron mayores que con placebo.

MOR-NRI

Dos mecanismos de acción, agonismo de receptores opioides μ e inhibición de la recaptación de noradrenalina, combinada en una misma molécula, p.e. tapentadol.

Tapentadol es el nuevo analgésico de acción central con un mecanismo de acción dual en una misma molécula, que actúa como agonista del receptor opioide μ (MOR) e inhibidor de la recaptación de noradrenalina (NRI). Es el primero de la nueva clase de analgésicos de acción central (MOR-NRI). Los mecanismos analgésicos del agonismo MOR y NRI representan mecanismos de acción complementarios en la eficacia analgésica del dolor nociceptivo y neuropático.

En un estudio fase III de tapentadol a lo largo de 15 semanas, dosis de 100-250mg, dos veces al día, Tapentadol ha demostrado ser significativamente más eficaz que placebo para el tratamiento de la lumbalgia de moderada a intensa. El tratamiento fue bien tolerado.

Se apreciaron reducciones significativas de la intensidad media del dolor y un alto porcentaje de pacientes que consiguieron mejorías de >30% y >50% en la intensidad del dolor en los pacientes tratados con MOR-NRI. Dichas reducciones del dolor son consideradas clínicamente significativas.

32. Razones de una terapia basada en el mecanismo de dolor

El dolor crónico:

- A menudo incluye más de un mecanismo
- Raras veces es controlado mediante un único principio farmacológico

Combinar fármacos con diferentes mecanismos de acción representa un acercamiento racional al abordaje de la lumbalgia crónica con componente neuropático

Utilizar fármacos con perfiles farmacocinéticos complementarios en vez de dosis más altas de un solo fármaco

Los métodos de combinación de fármacos son:

- Combinación pérdida-droga dosis única (p.e. oxicodona y pregabalina)
- Combinación fija (formuladas para contener dos fármacos, p.e. paracetamol/tramadol)

El uso de fármacos con 2 mecanismos de acción en una misma molécula (p.e. tapentadol)

Precaución:

- Ciertos fármacos están asociados a riesgo de efectos adversos graves
- Algunos pacientes sufren efectos adversos relacionados con el tratamiento

33. Práctica-pregunta 8

(Ver archivo AudioRef)

34. Práctica-pregunta 9

(Ver archivo AudioRef)

35. Conclusiones

En este módulo, usted ha aprendido que:

- El dolor lumbar es muy prevalente y supone una alta carga socio-económica y clínica.
- La lumbalgia crónica es a menudo de naturaleza no multifactorial.
- La historia clínica y la exploración física son importantes para distinguir las causas potenciales de la lumbalgia.
- El tratamiento de la lumbalgia debe ser multimodal – incluyendo programas de ejercicio, relajación, apoyo psicosocial e intervención médica hechos a la medida de las necesidades del paciente tomando en cuenta los mecanismos subyacentes del dolor.

36. Fin

Ha llegado al final del módulo “Tratamiento de la lumbalgia crónica”

Esperamos que haya sido de su interés y le agradecemos su atención.

Para realizar la evaluación de este cuarto módulo, regrese al índice general del curso seleccionando sobre el botón “Salir”

Si desea volver al inicio del módulo, seleccione el siguiente botón:

Volver al inicio del módulo.