

# Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de la lumbalgia

Pedro Castells Ayuso

Servicio Rehabilitación Quirón Valencia. Instituto Musculoesquelético IMSK. Valencia

## Mensajes clave

- ▶ Los pilares del tratamiento del dolor lumbar son la autogestión y las terapias físicas y psicológicas, complementadas con técnicas de desensibilización y neuromodulación del dolor.
- ▶ El uso de fármacos debe estar limitado a pacientes seleccionados.

A pesar de la gran cantidad de tratamientos, recursos dedicados y cuidados para el dolor lumbar, la discapacidad y su carga demográfica han aumentado. Las nuevas guías se orientan hacia un cambio profundo del enfoque tradicional: el uso sistemático de pruebas complementarias, la farmacología y la cirugía tienen menos énfasis. Haciendo más de lo mismo, no disminuirá la discapacidad ni, a largo plazo, sus consecuencias. Sin embargo, existe una brecha entre la evidencia científica y la realidad de una práctica clínica defensiva.

El manejo de estos pacientes es arduo, costoso y complejo para el médico. Implica estrategias terapéuticas multidisciplinarias que aborden al paciente desde su persona y no desde su etiqueta diagnóstica. El tratamiento debe comenzar desde la primera consulta con un saludo cercano, real, mirando a los ojos del paciente y con la predisposición y energía suficiente para establecer una escucha activa de su relato. Asimismo, se debe realizar una anamnesis global del sistema, con rigor y empatía, valorando la calidad del sueño del paciente y cómo el dolor afecta en su vida diaria a las relaciones personales y laborales.

### Dolor lumbar agudo (menos de 4 semanas)

Las estrategias terapéuticas de primera línea son la educación y la información sanitaria. Hay que transmitir al paciente consuelo, tranquilidad y confianza sobre la naturaleza benigna del dolor lumbar agudo y su buen pronóstico para lograr una mejor autogestión. Se le debe aconsejar mantenerse activo, resaltando la importancia de llevar a cabo las actividades físicas y laborales según la tolerancia que presente, y evitar el reposo en cama. Proporcionar una

explicación clara y argumentada, realizar una exploración física exhaustiva y establecer una pauta de ejercicios para el domicilio (*counselling*) mejoran la relación médico-paciente.

Socialmente, el enfermo tiene preconcebida la idea de que la causa de su dolor está en «lesiones» anatómicamente objetivables (protrusiones, hernias, espondiloartrosis...). Debemos evitar este tipo de yatrogenia verbal porque transmitimos angustia y miedo al paciente, barreras difíciles de superar. Estas descripciones radiológicas empeorarán fisiológicamente después del episodio álgico. Debemos reducir el uso innecesario de recursos sanitarios y maximizar las habilidades de afrontamiento.

Es importante explicar al paciente en la consulta un máximo de 2-3 ejercicios terapéuticos, no sólo proporcionarle una hoja informativa de los mismos. Al asociar actividad física e información se intenta controlar el miedo al ejercicio (cinetofobia) y el catastrofismo, además de lograr una autoeficacia y una buena adherencia al tratamiento.

Entre los tratamientos de segunda línea están las terapias pasivas, como la manipulación vertebral, el masaje y la acupuntura, que han mostrado beneficios neurofisiológicos, asociadas siempre al resto de medidas según las preferencias del paciente, el coste y su accesibilidad. Su mecanismo se basa en la activación del sistema inhibitorio descendente del tracto reticuloespinal y la liberación de opioides endógenos. El uso de ortesis (faja) o calor seco durante un corto periodo de tiempo tiene un beneficio pequeño y de corta duración.

## Evidencias en...

### Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de la lumbalgia

Los pacientes que no han mejorado con el abordaje inicial podrían beneficiarse de un tratamiento a corto plazo (2-3 semanas) con un antiinflamatorio no esteroideo (AINE), tras valorar los posibles riesgos. No se recomienda el uso de paracetamol. Para pacientes con dolor refractario a la farmacoterapia inicial, se sugiere la adición de un relajante muscular no benzodiacepínico (ciclobenzaprina, metocarbamol y tizanidina). La evidencia para apoyar el uso de opioides y tramadol en el dolor lumbar agudo es limitada. Recomendamos reservar estos agentes para pacientes seleccionados que no consiguen un alivio adecuado, y realizar una apropiada monitorización. Se está reconsiderando el uso de medicamentos gabaérgicos, como la pregabalina, para el dolor neuropático.

El uso de glucocorticoides sistémicos no está recomendado.

### Dolor lumbar subagudo

Los pacientes que no mejoran después de 4 semanas de tratamiento deben ser reevaluados. Los predictores de incapacidad para el dolor lumbar crónico incluyen las conductas desadaptativas de afrontamiento del dolor, el desajuste físico, el deterioro funcional, la presencia de comorbilidades psiquiátricas (ansiedad-depresión)...

El tratamiento más eficaz es la terapia física o cinesiterapia. Su poder analgésico se basa en la neuromodulación endógena (endorfinas) y en la neuroplasticidad neuronal del sistema nervioso central. Existe una amplia gama de ejercicios y otras terapias basadas en el movimiento con una eficacia similar. Dichos programas incluyen ejercicios de control motor, fortalecimiento del *core*, movimientos de extensión/flexión (McKenzie, Williams), Pilates, programas con un componente mente-cuerpo (Yoga, Tai-Chi, Chi-Kung), programas de restauración funcional, ejercicio aeróbico (natación, elíptica), escuela de espalda... El consejo médico se basaría en consideraciones prácticas, la disponibilidad local, las preferencias y habilidades del paciente y el historial previo de éxito con un programa.

### Dolor lumbar crónico (más de 6 semanas)

Los tratamientos más eficaces que el placebo son la actividad física, la terapia cognitivo-conductual, los antidepresivos y las técnicas de desensibilización.

Se recomienda realizar un tratamiento multidisciplinario que incluya un programa supervisado de rehabilitación o reeducación postural con ejercicios, en lugar de independiente, con el objetivo de disminuir el dolor y recuperar las funciones perdidas o evitar que empeoren.

Se aconseja abordar los factores emocionales afectivos, como la ansiedad y el estrés, que pueden alterar la modulación de las vías descendentes del dolor (serotonina). El tratamiento bioconductual se dirige a la persona humana

en su conjunto, en oposición a propuestas lineales y mecanicistas que centran la atención sólo en los tejidos. Supone cambios en los estilos de vida. El tratamiento con antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la recaptación de noradrenalina desempeña un papel de segunda línea.

El ritmo sueño-vigilia frecuentemente está alterado, y es fundamental mejorarlo. La hormona del crecimiento se libera a picos en fases de sueño profundo y ejerce un papel primordial en la reparación tisular. El tratamiento inicial vuelve a ser la actividad física y ciertas recomendaciones básicas. En casos seleccionados, se deben aplicar tratamientos con relajantes musculares o hipnóticos en pautas cortas y con monitorización.

El tratamiento farmacológico desempeña un papel de segunda línea, en el que los AINE se recomiendan asociados a terapias de primera línea durante no más de 3 meses, y valorando los posibles riesgos. En los pacientes con dolor crónico y en tratamiento con fármacos opiáceos y antiépilépticos, se deben reducir las dosis, maximizando los tratamientos no farmacológicos.

El dolor crónico, junto con la falta de un diagnóstico en el proceso de sensibilización central, y la necesidad de un sistema eficaz de subclasificación para el dolor lumbar crónico parecen tener una gran influencia en el tratamiento ineficiente del sujeto con algias lumbares crónicas inespecíficas. El diagnóstico de disfunción somática (según la International Classification of Diseases de 2018 en su 11.<sup>a</sup> Revisión, con código ME93.0) está cada vez más asumido, pero todavía queda mucho por hacer. Para poder tratar a un paciente hay que tener, en primer lugar, un diagnóstico de certeza.

Las técnicas desensibilizadoras de puntos gatillo miofasciales, las técnicas manuales y manipulación o las infiltraciones del ramo posterior del nervio raquídeo, son terapias que han pasado a tener más relevancia asociadas a un plan terapéutico multidisciplinario.

El fracaso terapéutico en el manejo de estos pacientes se debe a la falta de recursos, por lo que no debe recaer exclusivamente en el médico. Estas nuevas directrices requieren un cambio colectivo, tanto político como médico e investigador, para un llevar a cabo un abordaje integral dentro de la sociedad. Estas posibles soluciones deben incluir nuevas estrategias en salud pública y prevención enfocadas en el rediseño de guías clínicas efectivas, así como una educación sanitaria desde edades tempranas, cambios de políticas de compensación, favorecer la actividad física en el medio laboral, mayor empatía y tiempo en consulta...

## Agradecimientos

Dres. F.J. Miranda y A. Mancheño

## Bibliografía

Cuenca-Martínez F, Cortés-Amador S, Espí-López GV. Systematic reviews effectiveness of classic physical therapy proposals for chronic non-specific low back pain: a literature review. Department of Physiotherapy, Faculty of Physiotherapy, University of Valencia, Spain. *Phys Ther Res*. 2018; 21: 16-22.

Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al., en nombre del Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low

back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018; 391(10137): 2.368-2.383. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30489-6)

Skelly AC, Chou R, Dettori JR, et al. Noninvasive nonpharmacological treatment for chronic pain: a systematic review. *Comparative effectiveness review no. 209*. Publication no. 18-EHC013-EF. Portland: Department of Health and Human Services, 2018.

## Práctica clínica

- ▶ Los pacientes con dolor lumbar agudo deben mantener las actividades de la vida diaria, incluida la laboral, tanto como sea posible.
- ▶ En el dolor crónico el papel del sueño debe ser evaluado y tratado.