

DOLOR LUMBAR CRÓNICO Y LA NECESIDAD DE UN MANEJO INTEGRAL

Autora: Dra. María Elina Espinosa A. Residente de Medicina Familiar UC

Tutor: Dr. Patricio Céspedes. Docente Departamento de Medicina Familiar UC

Editora: Dra. Isabel Mora M., Docente Departamento de Medicina Familiar UC

Fecha: agosto 2021

Resumen de Portada:

El dolor lumbar crónico es uno de los trastornos musculoesqueléticos más prevalentes y representa un motivo de consulta muy frecuente en la atención primaria de salud. En este artículo revisaremos la importancia del manejo integral de esta patología por causa inespecífica o mecánica y la evidencia al respecto.

DOLOR LUMBAR CRÓNICO Y LA NECESIDAD DE UN MANEJO INTEGRAL

Introducción:

El dolor lumbar crónico (DLC) - definido como un dolor fluctuante o persistente por más de 3 meses - se encuentra clasificado como la causa más alta de discapacidad a nivel mundial. Para el año 2017 se calculó que el 7,5% de la población mundial presentaba este cuadro, siendo el grupo etario más afectado el de los 50 a 54 años. Del 50 al 80% de los adultos trabajadores lo presentan en algún momento de sus vidas. Además 1 de cada 3 personas que lo presentan tiene una participación restringida en el trabajo y/o actividades sociales por más de 6 meses. Por este motivo, siendo una patología tan prevalente, hay un gran porcentaje de personas que acude a la consulta, aunque el 85-95% de las personas que acuden a la Atención Primaria de Salud (APS) desconocen el origen del dolor.^{1,2,3,4}

A nivel nacional se ha visto que el dolor crónico musculoesquelético afecta a la quinta parte de la población adulta en Chile y el dolor lumbar crónico es el trastorno musculoesquelético más prevalente en ambos sexos (10.1%)⁵

Enfrentamiento inicial:

Frente a un paciente con DLC se debe realizar una aproximación diagnóstica considerando las diferentes etiologías, realizando una historia clínica completa y examen físico acorde. Existen varias causas de DLC las que se pueden clasificar de diferentes maneras:

- dolor lumbar secundario a otra etiología, que corresponde al 1 % de las atenciones en APS,
- dolor lumbar asociado a radiculopatía, correspondiente al 14 % de las atenciones en APS,
- dolor lumbar inespecífico o mecánico que es considerada la etiología más prevalente en APS con un 85 % de las atenciones por DLC⁶ (entendiendo como dolor lumbar inespecífico un dolor de espalda en ausencia de una afección subyacente específica que pueda identificarse de manera confiable⁶).

Además, se deben tener en cuenta las siguientes banderas rojas (Tabla 1):

Tabla 1: Banderas Rojas en el Dolor Lumbar Crónico⁷

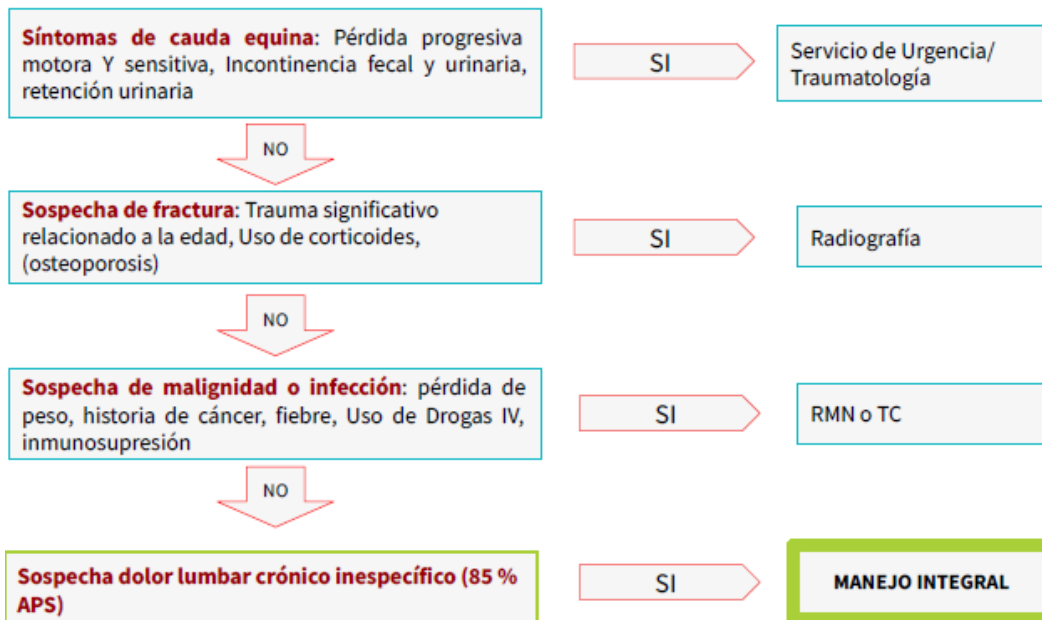
Historia	Examen Físico
Cáncer	Anestesia Caudal
Pérdida de peso inexplicable	Perdida de tono del esfínter anal

Inmunosupresión	Pérdida progresiva motora Y sensitiva en las extremidades inferiores
Uso de Drogas IV	Fiebre
Infección de las vías urinarias	Hallazgos neurológicos que persisten más de un mes o empeoramiento progresivo
Fiebre	
Trauma significativo relacionado a la edad	
Incontinencia fecal y urinaria	
Retención urinaria	
Uso de corticoides	

Fuente: Elaboración propia a partir de las fuentes citadas

Resumen de aproximación al paciente con dolor lumbar crónico en APS⁸

Figura 1



Fuente: Elaboración propia a partir de las fuentes citadas

Manejo integral del Dolor Lumbar Crónico

Frente al diagnóstico de DLC lo más importante es el manejo integral. Este manejo consiste en un tratamiento farmacológico y un manejo no farmacológico.

Tratamiento farmacológico para DLC, ¿qué dice la evidencia?

El manejo farmacológico del DLC en relación al tipo de tratamiento y la duración tiene una evidencia limitada; sin embargo, se basa en el uso del ascensor analgésico el cual va a depender de la intensidad del dolor del paciente.^{9,10}

Una guía clínica del Colegio Americano de Médicos destaca que¹¹:

- Los AINEs probablemente están asociados a una mejoría del dolor leve a moderado del DLC en comparación a placebo.

- Al comparar un AINE vs otro probablemente no existen diferencias en el alivio del dolor lumbar.
- Los ISRS probablemente no tienen un alivio en el dolor lumbar crónico ni efecto en la funcionalidad, en comparación a placebo, a excepción de la Duloxetina que probablemente está asociada a una leve mejoría en la intensidad del dolor y la funcionalidad.
- El tramadol probablemente logra un alivio moderado a corto plazo y un pequeño efecto en la funcionalidad en comparación a placebo.

Como se puede observar y en base a la opinión de expertos, el manejo farmacológico tiene evidencia muy limitada y se usa para acompañar al tratamiento no farmacológico.

Tratamiento NO farmacológico, ¿qué dice la evidencia?

El tratamiento no farmacológico consiste en un manejo multidisciplinario, siempre centrado en el paciente.

Figura 2: Manejo multidisciplinario en DLC



Fuente: *Elaboración propia*

Una revisión sistemática mostró que el realizar ejercicio vs no ejercicio probablemente disminuye la intensidad del DLC y mejora la funcionalidad (Evidencia moderada). La rehabilitación multidisciplinaria probablemente disminuye el DLC y mejora la funcionalidad a corto plazo (Evidencia moderada)¹²

Otro manejo en que se ha estudiado su evidencia es la acupuntura: una revisión sistemática muestra que la acupuntura probablemente disminuye la intensidad del dolor y mejora la funcionalidad en comparación al tratamiento habitual. Además, probablemente mejora la calidad y salud física a corto plazo en comparación al tratamiento habitual.¹³

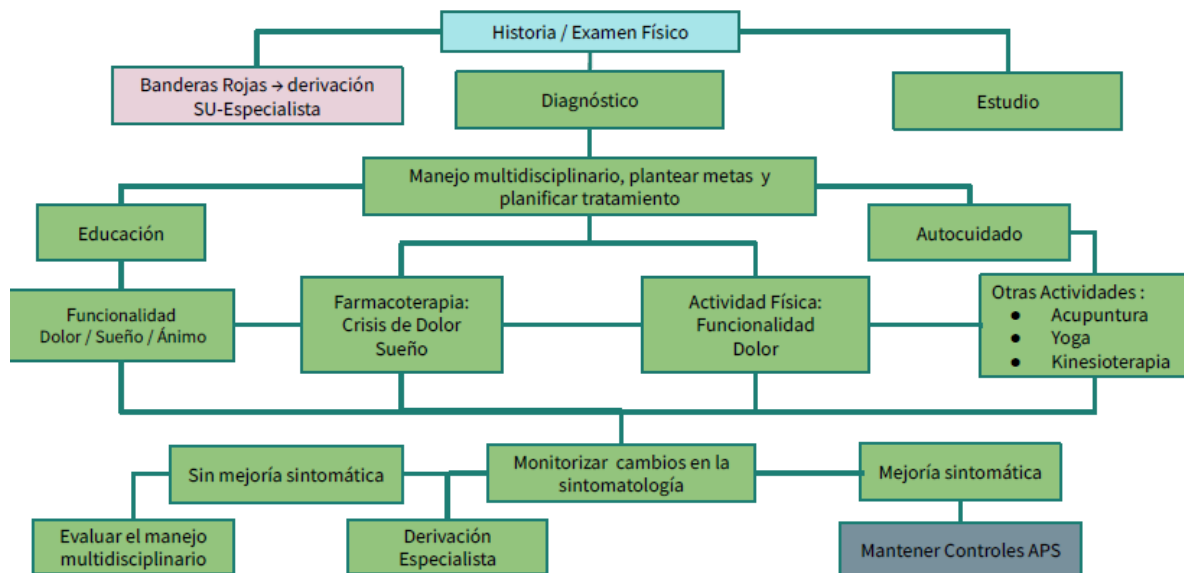
Los expertos recomiendan que la base del manejo no farmacológico sea multidisciplinaria donde se aborden temas como la educación del dolor, el manejo del sueño y la gestión del estrés.¹⁴

Otro aspecto importante en el manejo integral es el regreso al trabajo, ya que es considerada una patología muy invalidante. La Asociación Americana de Medicina Familiar realizó una guía clínica con recomendaciones para el dolor lumbar no específico y el regreso al trabajo, dichas recomendaciones consisten en:¹⁵

1. Considerar la edad, el sexo, el consumo de tabaco y las comorbilidades físicas y psicológicas, ya que se encuentran relacionadas con la discapacidad prolongada y los días de ausencia laboral.
2. El regreso al trabajo tiene una moderada mejoría en el dolor y en la funcionalidad, así como menos licencias por enfermedad.
3. Existe un pronóstico más favorable cuando se usa alguna intervención vs. ninguna acción.

En base a la evidencia y la opinión de los expertos se presenta el siguiente flujograma de DLC en APS.¹⁶

Figura 4



Fuente: Elaboración propia a partir de las fuentes citadas

Conclusiones:

El DLC es un motivo frecuente de consulta en APS, siendo el de causa inespecífica el más prevalente.

Esta entidad requiere una evaluación inicial con una anamnesis completa del dolor, un examen físico acorde, y el descarte dirigido de posibles banderas rojas.

El mejor tratamiento del DLC es el manejo integral centrado en la persona, el cual se basa en dirigir y acompañar la *navegación* del paciente a través de un enfoque multidisciplinario.

Los pilares más importantes del manejo son el tratamiento no farmacológico y el enfoque preventivo, rescatando el tratamiento farmacológico para los momentos de mayor dolor o dolor descontrolado.

Bibliografía

1. Wu A, March L, Zheng X, Huang J, Wang X, Zhao J, Blyth FM, Smith E, Buchbinder R, Hoy D. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Ann Trans Med* 2020; 8(6): 299-313.
2. Global Health Group Data Exchange <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> accessed Nov 15, 2020).
3. Pitcher MH, Von Korff M, Bushnell MC, Porter L. Prevalence and Profile of High-Impact Chronic Pain in the United States. *J Pain* 2019; 20(2): 146 – 160.
4. Fatoye, F., Gebrye, T. & Odeyemi, I. Real-world incidence and prevalence of low back pain using routinely collected data. *Rheumatol Int* 39, 619–626 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00296-019-04273-0>

5. Zitko, P., Bilbeny, N., Balmaceda, C. et al. Prevalence, burden of disease, and lost in health state utilities attributable to chronic musculoskeletal disorders and pain in Chile. *BMC Public Health* 21, 937 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10953-z>
6. Will JS, Bury DC, Miller JA. Mechanical Low Back Pain. *Am Fam Physician*. 2018 Oct 1;98(7):421-428. PMID: 30252425
7. North American Spine Society. Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care: Diagnosis & Treatment of Low Back Pain. 2020. <https://www.spine.org/Portals/0/assets/downloads/ResearchClinicalCare/Guidelines/LowBackPain.pdf>
8. Herndon CM, Zoberi KS, Gardner BJ. Common questions about chronic low back pain. *Am Fam Physician*. 2015 May 15;91(10):708-14. PMID: 25978200
9. Chou R. Subacute and chronic low back pain: Nonpharmacologic and pharmacologic treatment. En: *UpToDate*, Atlas S (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido en julio de 2021).
10. Grupo cantábrico de trabajo para el manejo seguro del dolor. Documento Consenso Manejo Seguro del Dolor. 2016. http://www.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1889
11. Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Timothy J. Wilt, MD, MPH; Robert M. McLean, MD; and Mary Ann Forciea, MD, was developed for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. 2 May 2016.
12. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M, Fu R, Dana T, Kraegel P, Griffin J, Grusing S, Brodt ED. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2017 Apr 4;166(7):493-505. doi: 10.7326/M16-2459. Epub 2017 Feb 14. PMID: 28192793.
13. Mu J, Furlan AD, Lam WY, Hsu MY, Ning Z, Lao L. Acupuncture for chronic nonspecific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Dec 11;12(12):CD013814. doi: 10.1002/14651858.CD013814. PMID: 33306198; PMCID: PMC8095030.
14. Bannen G. Manejo kinesiológico de personas con dolor persistente. PUC 2020.
15. Becker BA, Childress MA. Nonspecific Low Back Pain and Return To Work. *Am Fam Physician*. 2019 Dec 1;100(11):697-703. PMID: 31790184.
16. Multidimensional Assessment of Pain for Clinical Research and Practice <https://vimeo.com/292778472>