

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS DE LA LUMBALGIA. ¿CUÁNDO LA UNIDAD DEL DOLOR?

Dr. Javier del Saz de la Torre

Unidad del Dolor

Hospital General de Villalba

DOLOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

1. ¿Dónde se trata el dolor?

- a. 80% tratado en Atención Primaria
- b. 17,5% Atención Especializada
- c. 2,5% Unidades de Dolor

2. ¿Cómo se trata el dolor?

- a. 49% AINEs
- b. 20% paracetamol
- c. 13% opioides débiles
- d. 2,3% opioides potentes
- 17% abandonos de tratamiento por ineficacia

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

- **Protocolo de mínimos en una consulta de Atención Primaria:**

- A. Entrevista clínica: anamnesis (**historia del dolor**) + antecedentes personales, familiares, sociales y psiquiátricos.
- B. Aplicación de una **ESCALA UNIDIMENSIONAL** del dolor (habitualmente Escala Numérica Simple o Escala Visual Analógica)
- C. Exploración física.
- D. Pruebas diagnósticas (principalmente laboratorio y radiología)
- E. Establecer un **Plan de Tratamiento** (fármacos y dosis; posibilidad de tratamiento rehabilitador y momento de participación /remisión Atención Especializada incluyendo la Unidad del Dolor).

¡TODOS LOS PACIENTES DEBEN SER REMITIDOS A UN SERVICIO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA CON UN DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN!

“¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? Evaluación del paciente con dolor crónico” Dr. José Cid, Dr. Javier de Andrés, Dra. Leticia Gómez Caro. Revista Médica Clínica Las Condes- 2014; 25(4)687-697

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

2. Aplicación de Escalas Unidimensionales:

a. Escala Numérica Simple

Versión original: raya horizontal de 10 cm. El enfermo debe marcar el sitio correspondiente a la intensidad de su dolor.

(0)

(10)

No dolor

Dolor máximo

RESUMEN PUNTOS CLAVE DE LA EVALUACIÓN DEL DOLOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Establecer una vía de comunicación adecuada entre el médico y el paciente basada en la confianza y la empatía.
- Comprender los aspectos biopsicosociales que condicionan la enfermedad dolorosa.
- Distinguir a los pacientes que puedan obtener ganancias secundarias de su condición de enfermos (supone una contraindicación relativa para la realización de técnicas intervencionistas en una Unidad del Dolor)
- Diagnosticar el origen del dolor y descartar patología que pueda ser tratada específicamente por el especialista correspondiente.
- Descartar patología orgánica que ponga en riesgo la vida o la integridad del paciente (**BANDERAS ROJAS**).
- Diferenciar entre **DOLOR NOCICEPTIVO** y **DOLOR NEUROPÁTICO**.
- Diseñar un **PLAN INTEGRAL DE TRATAMIENTO** con unos objetivos razonables en cuanto al alivio del dolor y del sufrimiento (establecer unas expectativas realistas).

“¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? Evaluación del paciente con dolor crónico” Dr. José Cid, Dr. Javier de Andrés, Dra. Leticia Gómez Caro. Revista Médica Clínica Las Condes- 2014; 25(4)687-697

RESUMEN PUNTOS CLAVE DE LA EVALUACIÓN DEL DOLOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Objetivos RAZONABLES de alivio del dolor y del sufrimiento:

- EVA (Escala Visual Analógica) < 4/10
- Dolor IRRUPTIVO < 3 crisis /día controladas con analgesia de rescate
- Sueño reparador (> 6 horas de sueño ininterrumpido)

B. Control escalonado del dolor:

- Dolor nocturno
- Dolor de reposo o BASAL
- Dolor IRRUPTIVO

FLUJO DE PACIENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A ATENCIÓN ESPECIALIZADA (UNIDAD DEL DOLOR)

1. OBJETIVOS:

- a. Ofrecer una cobertura que responda a las necesidades de los pacientes.
- b. Proporcionar CALIDAD, EFECTIVIDAD, y EFICIENCIA en el uso de los recursos.
- c. Establecer una adecuada coordinación entre los distintos niveles asistenciales y de los recursos disponibles.
- d. **¡CONSEGUIR LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES!**

FLUJO DE PACIENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A ATENCIÓN ESPECIALIZADA (UNIDAD DEL DOLOR)

2. **MEDIOS:**

a. **Establecer Protocolos Conjuntos:**

- Manejo de fármacos.
- Guías de tratamiento por patologías.
- Criterios de canalización a la Unidad del Dolor (**MODELOS DE FLUJO**)

b. **Plan de Formación en Dolor Crónico:**

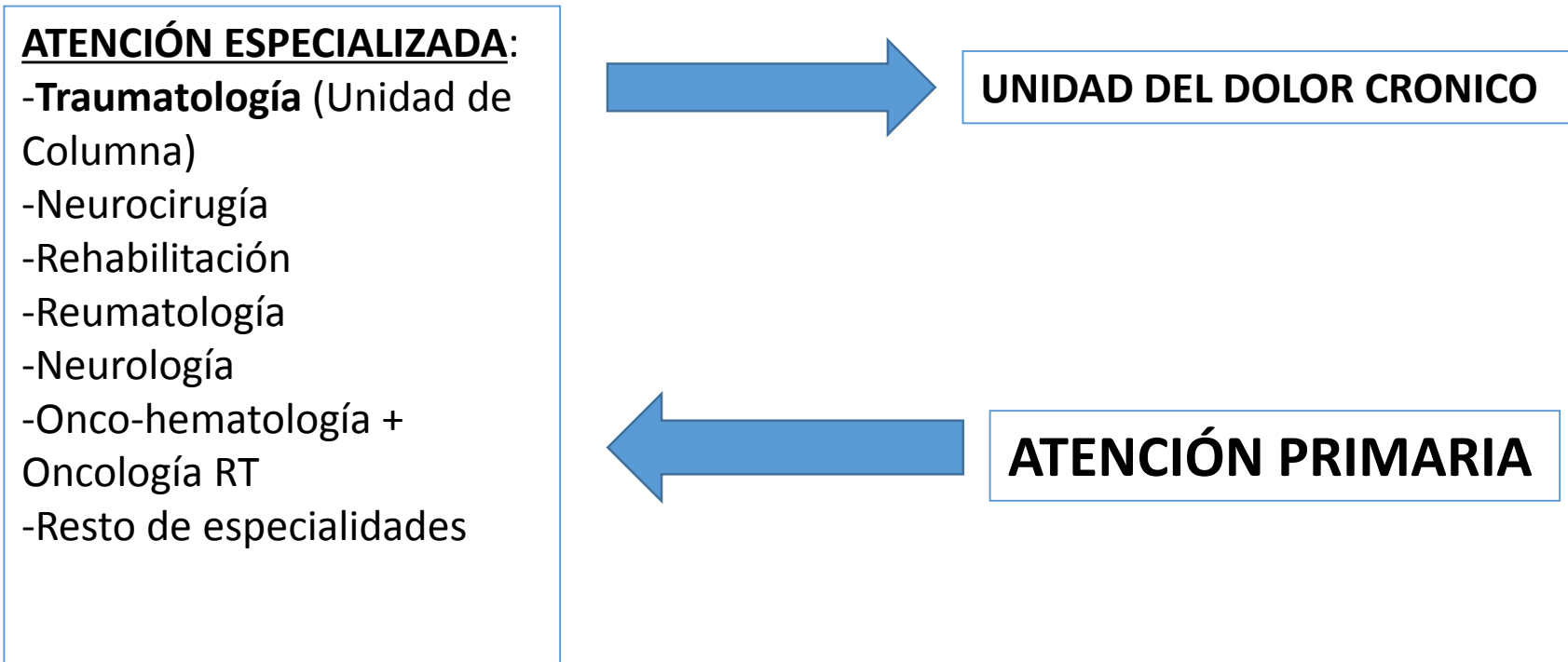
- Curso Teórico: farmacología + exploración física + técnicas intervencionistas (generales o por patologías más prevalentes)
- Curso Práctico: consulta + gabinete de técnicas (articulaciones periféricas, puntos gatillo, etc.) + técnicas intervencionistas con guía radiológica o ecográfica

c. **Establecer VÍAS DE COMUNICACIÓN factibles y de bajo coste:**

- Teléfono de contacto con la Unidad del Dolor
- E-MAIL corporativo (médicos y DUE)

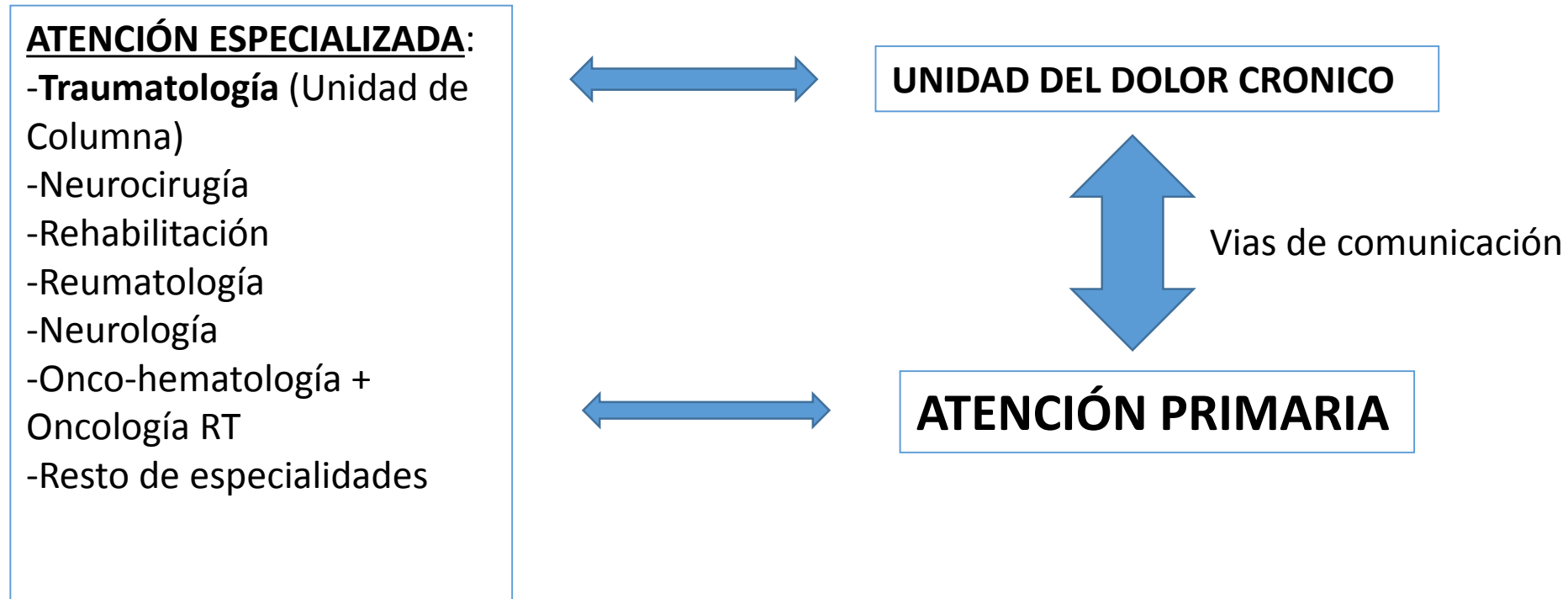
FLUJO DE PACIENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A ATENCIÓN ESPECIALIZADA (UNIDAD DEL DOLOR)

- Sistema de canalización habitual:



FLUJO DE PACIENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A ATENCIÓN ESPECIALIZADA (UNIDAD DEL DOLOR)

- Sistema de canalización ideal:



CRITERIOS DE DERIVACIÓN. LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA. DOCUMENTO DE CONSENSO

1. Pacientes donde no esté aconsejado el empleo de analgésicos por las enfermedades concomitantes del mismo, con el objetivo de valorar otras alternativas (aplicación de técnicas invasivas)
2. Pacientes con alergias a gran cantidad de fármacos, incluidos múltiples analgésicos
3. Antecedentes de toxicomanía con dolor intenso
4. Uso de dosis superiores a 90 mg / día de morfina o dosis equianalgésicas de otros opioides mayores con dolor de difícil control
5. En dolor neuropático, si el dolor no se controla con fármacos de primera y segunda línea
6. Si, al cabo de 6 meses de tratamiento y seguimiento adecuado con un plan integral de tratamiento, la intensidad del dolor y / o funcionalidad no han alcanzado los objetivos, debe considerarse como un cuadro de dolor crónico de difícil control

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Generalidades en el tratamiento continuado de opioides

- Valorar al principio del tratamiento:
 - Pauta profiláctica de antieméticos (solo los primeros días de tratamiento)
 - Pauta profiláctica de laxantes
 - Ajuste de medicación concomitante (depresores del SNC)
- Durante el seguimiento:
 - Valorar adecuadamente la intensidad del dolor y realizar los adecuados ajustes de dosis
 - Valorar adecuadamente tipo de dolor y añadir los correspondientes adyuvantes (especialmente en dolor neuropático)
 - Valorar situación personal del paciente y factores agravantes del dolor (evitar insomnio, depresión, ansiedad)

Titulación de dosis

- **Paciente Naive a opioides. Dolor Moderado (EVA 4-5/10)**
 - Tapentadol 25 mg / 12 horas
 - Fentanilo transdérmico 12 microgramos / hora cada 72 horas.
- Incrementos de dosis cada 3 a 6 días según tolerancia (de un 10 % a un 25% de la dosis basal)

Titulación de dosis

- **Paciente Naive a opioides. Dolor severo (EVA 7/10)**
 - Tapentadol 50 mg /12 horas
 - Fentanilo transdérmico 25 microgramos / hora cada 72 horas
- Incrementos de dosis cada 3 a 6 días según tolerancia (de un 30 a un 50% de la dosis basal)

Seguimiento del paciente en tratamiento con opioides

- Buscar sinergias analgésicas
 - En pacientes con dolor nociceptivo
 - AINES, paracetamol, metamizol y opioides (2º y 3º esc.)
 - Si dolor neuropático
 - Anticonvulsivantes, antidepresivos tricíclicos o duales y tópicos .
- Evitar efectos aditivos en los efectos secundarios
- Siempre pautar un rescate
 - Opioides de liberación rápida (como morfina u oxicodona)
 - Otro opioide menor de liberación rápida
 - AINE o paracetamol
 - Individualizar el fármaco y la dosis adecuada

Seguimiento del paciente en tratamiento con opioides

- **Fijar objetivos del tratamiento**

- Qué funcionalidad y confort vamos a obtener

- Revisar y valorar cada ≤ 3 meses

- Adherencia – eficacia - conductas aberrantes y RA
- Si EVA <3 y EA: \downarrow 25% la dosis y reevaluar en 24-48 horas
- **Pautar rescate y ajustar analgesia** en cada revisión.

- **Si falta de analgesia o reacciones adversas intolerables.**

- Tto. + agresivo de las RA - Coadyuvantes - otras intervenciones.
- **Rotación de opioides**

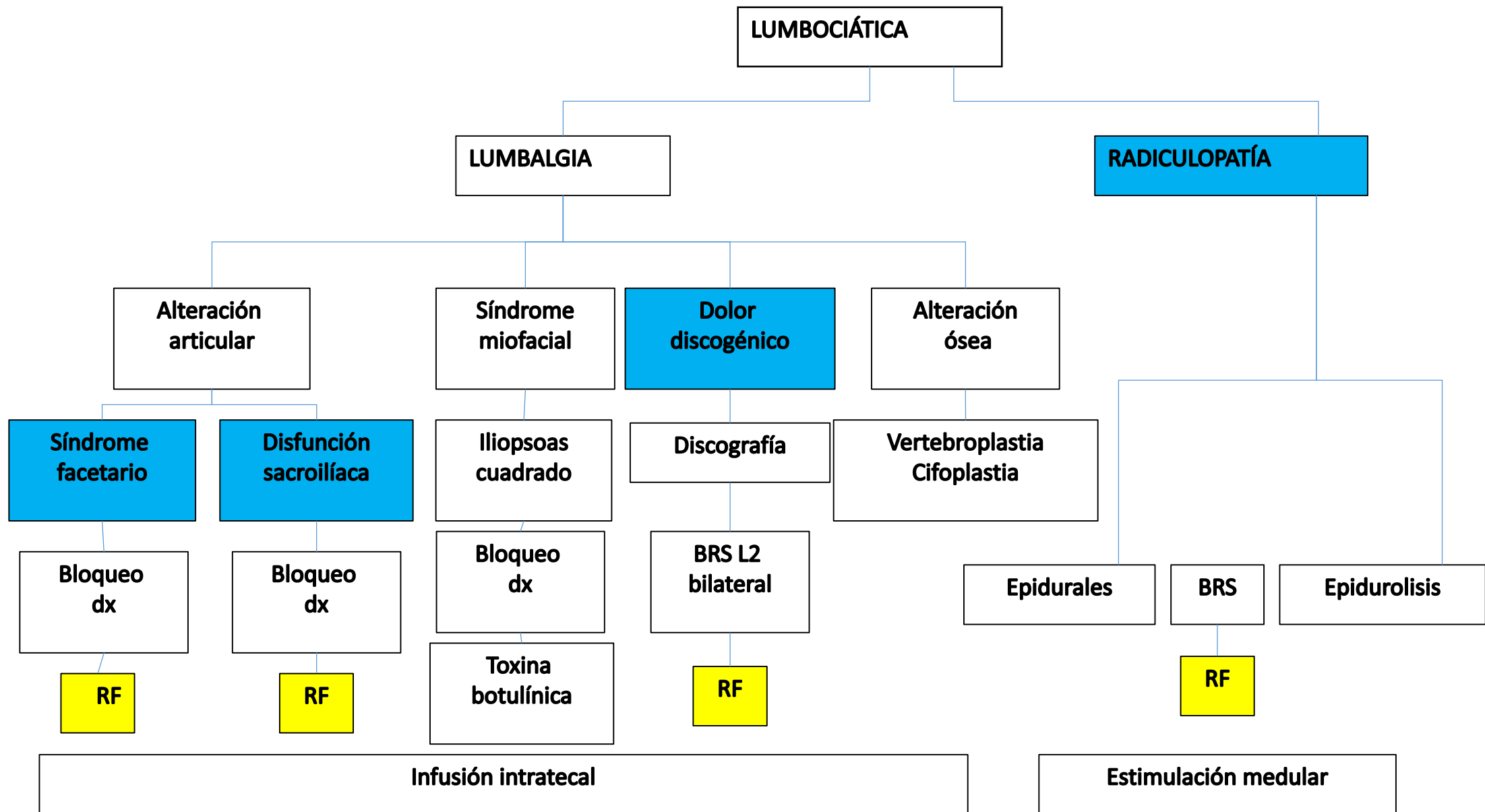
Titulación de dosis

- **Paciente con analgesia opioide con persistencia de la sintomatología dolorosa:**
 - Incremento entre un 20% a un 30% de la dosis del opioide basal o incluir los rescates diarios en la dosis de base si precisa más de tres rescates.
 - Rotación de opioide si mal control analgésico a pesar de incrementos progresivos de dosis, efectos secundarios importantes o rápida tolerancia a los incrementos de dosis

¿En qué pacientes usar opioides?

- En principio **en todos los pacientes con dolor severo** que no responde a analgésicos comunes.
 - Precaución con las dosis en pacientes frágiles, pluripatológicos con deterioro cognitivo.
- Sin olvidar que...

El dolor es lo que el paciente dice que es
y NO lo que el médico piensa
que debe ser o espera que sea.



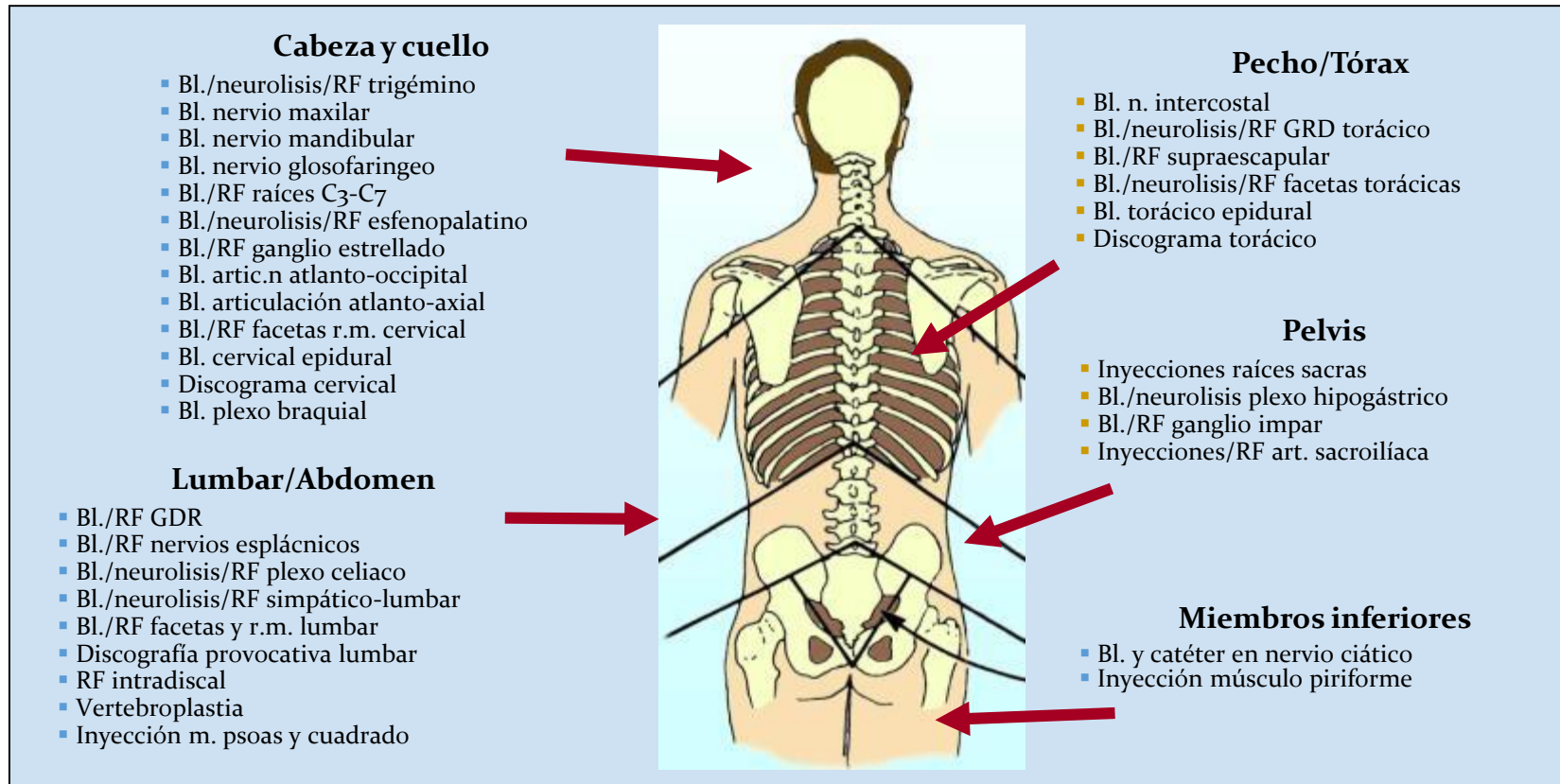
CUARTO ESCALÓN



El dolor lumbar puede originarse en cualquiera de las estructuras anatómicas que constituyen la columna:

- Raíces nerviosas (Radiculopatías)
- Articulaciones
 - Intervertebral (Discos)
 - Interapofisaria (Síndrome facetario)
 - Sacroilíaca
- Ligamentos
- Fascias y músculos (Síndrome miofascial)
- Vértebras

Mapa topográfico de las técnicas intervencionistas



RADICULOPATÍAS

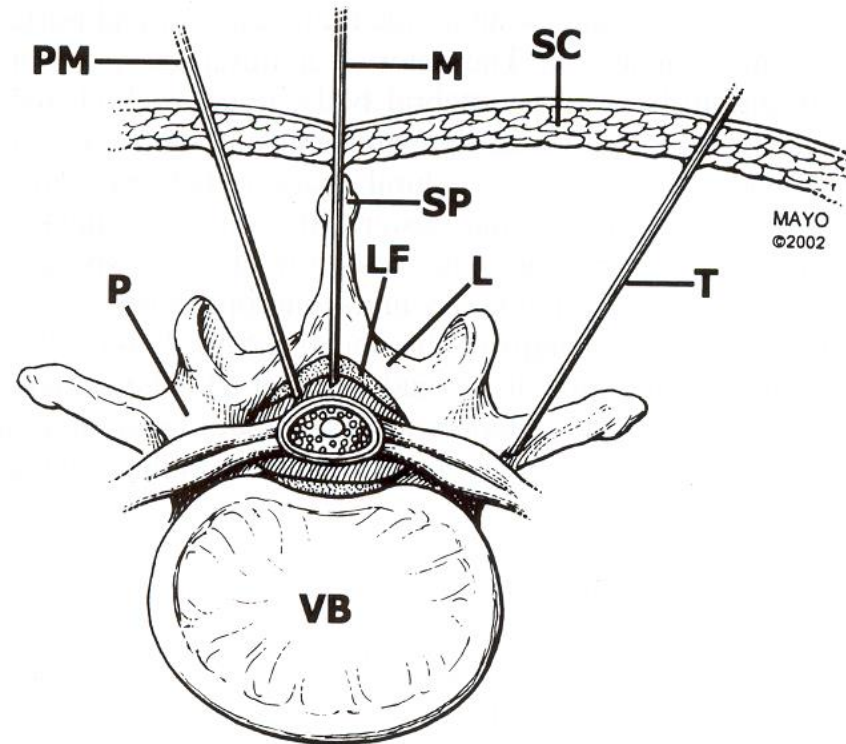
Radiculopatía

Bloqueos epidurales

INTERLAMINAR: medial
paramedial

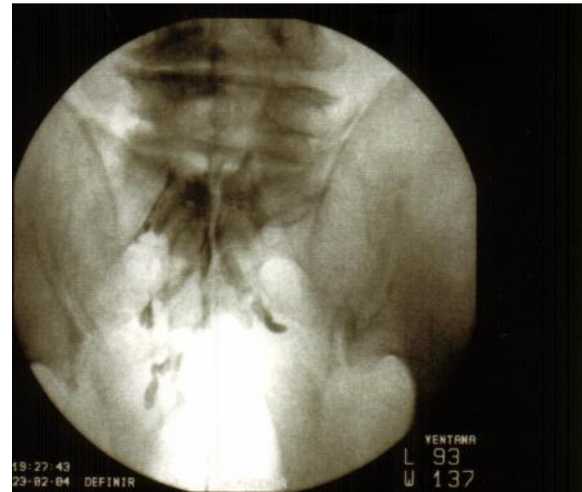
CAUDAL

TRANSFORAMINAL



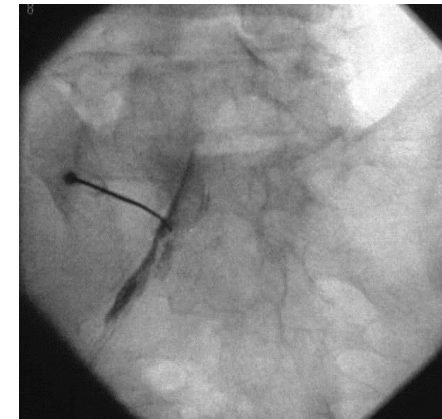
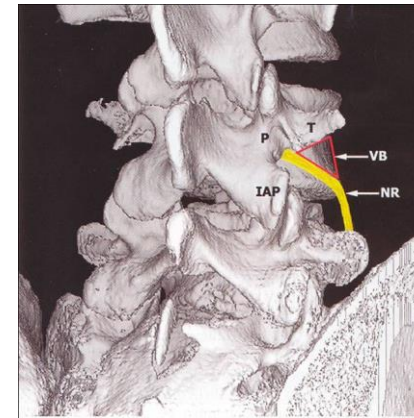
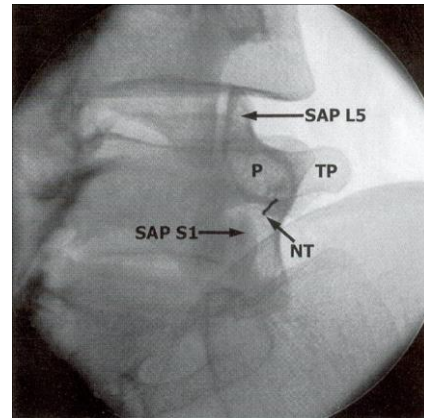
Radiculopatía

Bloqueos epidurales caudales



Radiculopatía

Bloqueos transforaminales



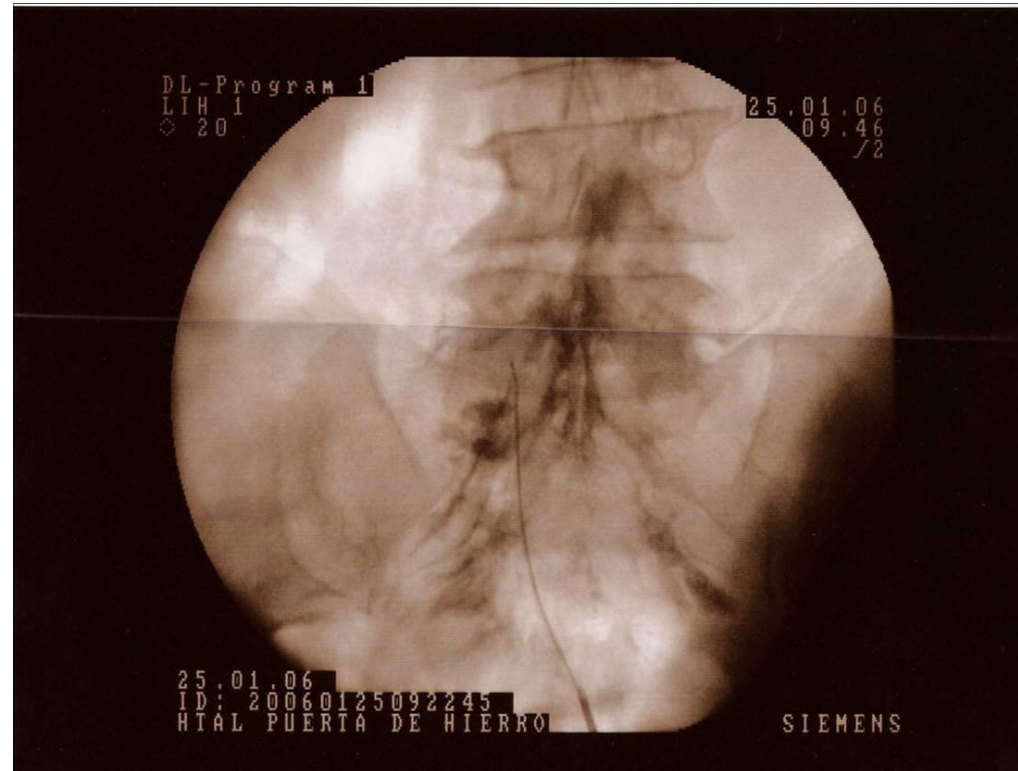
RFP del GRD lumbar

INDICACIONES:

- Dolor radicular agudo sin déficit neurológico.
- Dolor radicular crónico por proceso degenerativo y/o fibrosis.
- Dolor radicular de origen tumoral.
- Claudicación neurógena con distribución radicular.
- Dolor discogénico tras bloqueo radicular positivo.

Radiculopatía

Epidurolisis



ARTICULACIONES

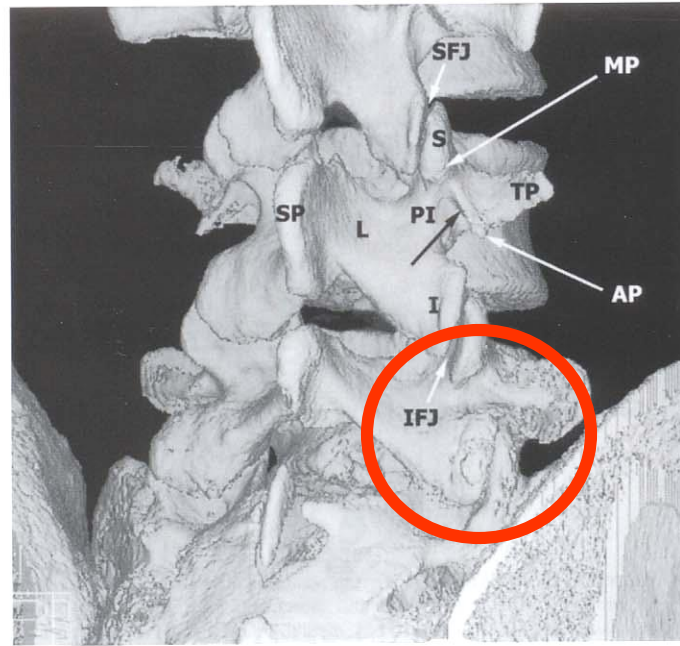
Síndrome facetario

Bloqueo Diagnóstico

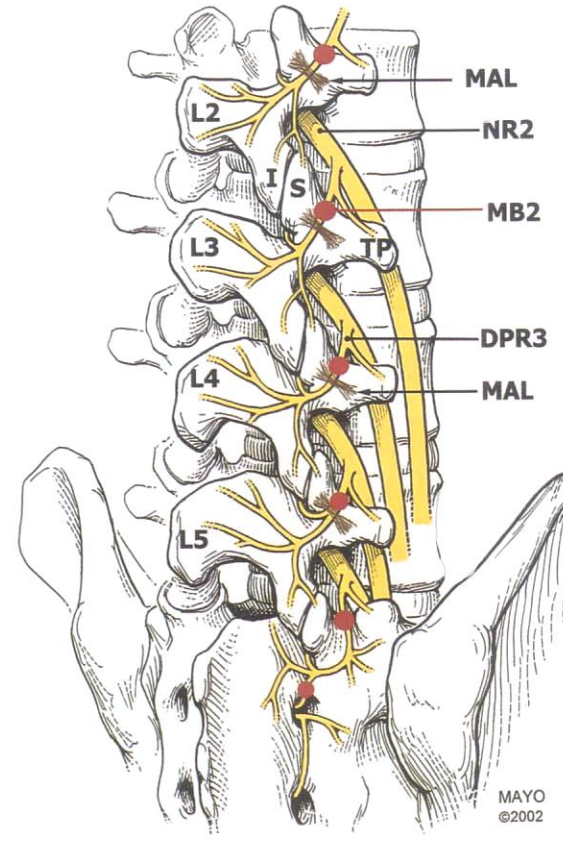
Prevalencia :15-45%

Falsos positivos: 17-50%.

Falsos negativos: 8%.



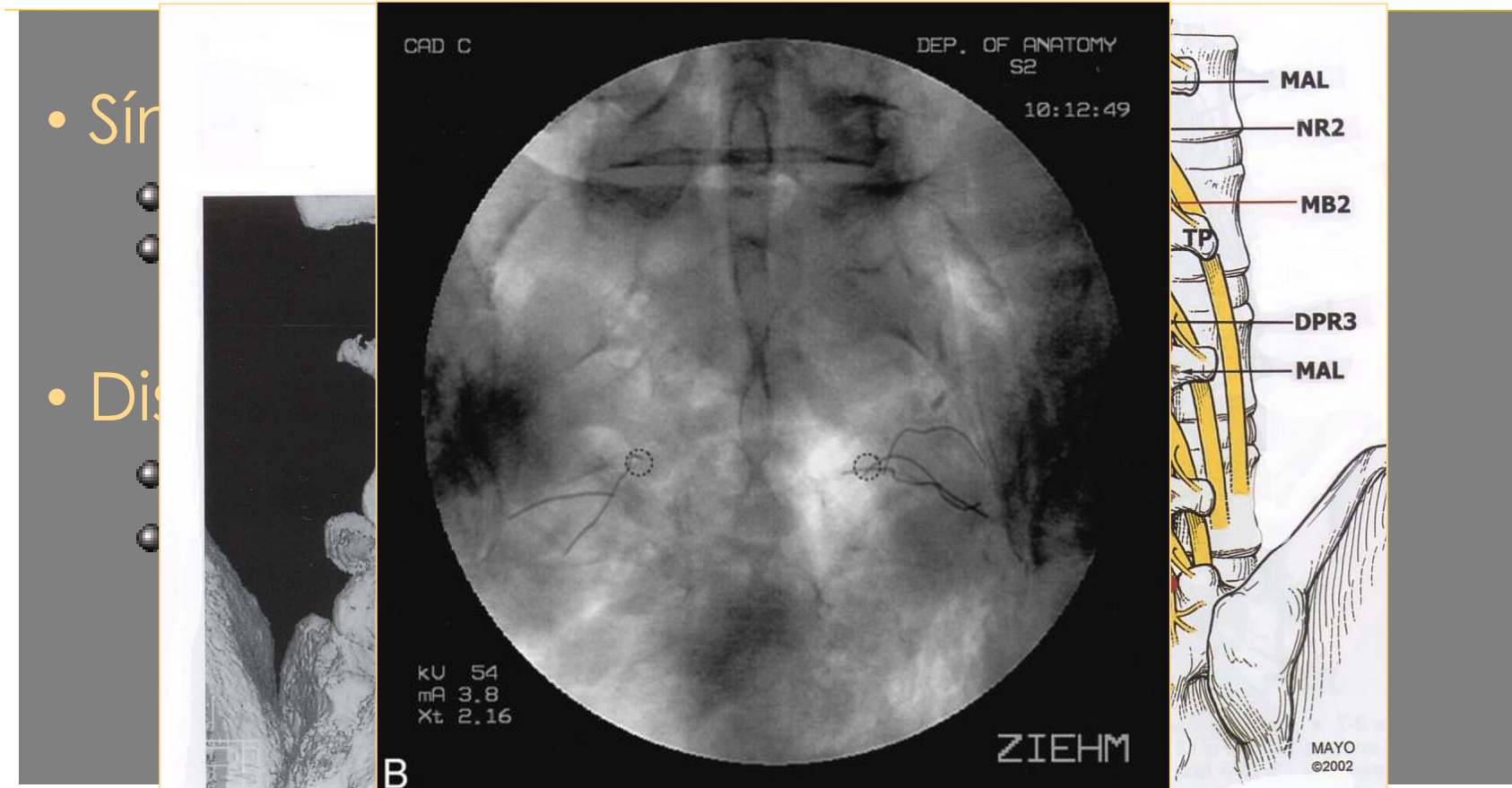
A



MAYO
©2002

B

Alteración articular



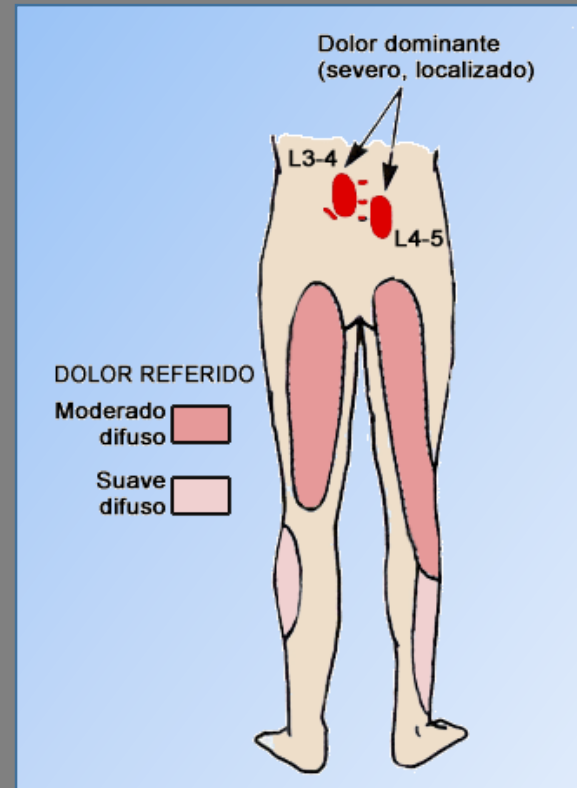
Síndrome facetario lumbar

Incidencia:

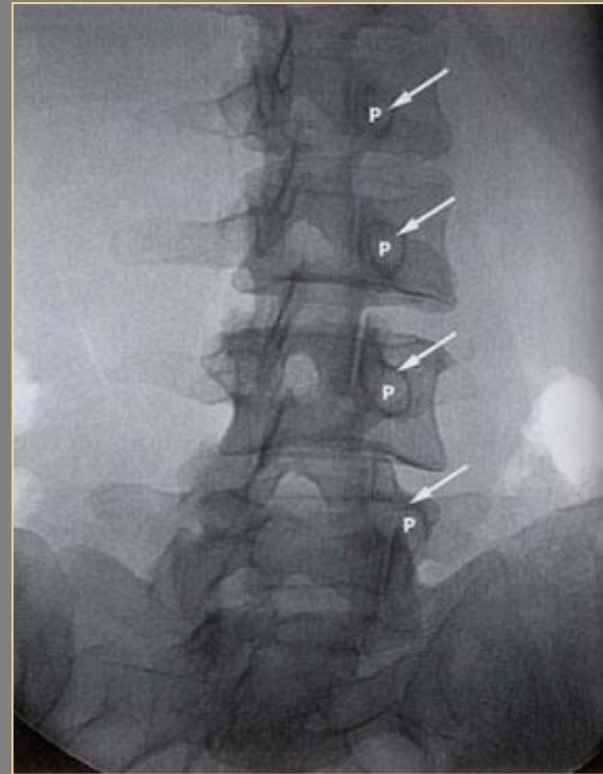
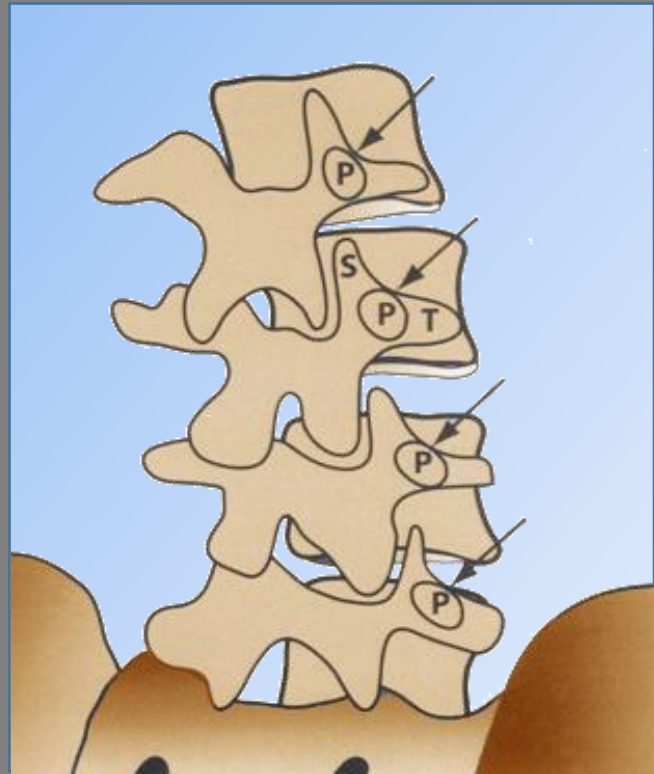
30%-40% del dolor lumbar crónico.

Diagnóstico:

- Clínica
- Exploración
- Bloqueo diagnóstico del ramo medial



Ramo medial lumbar



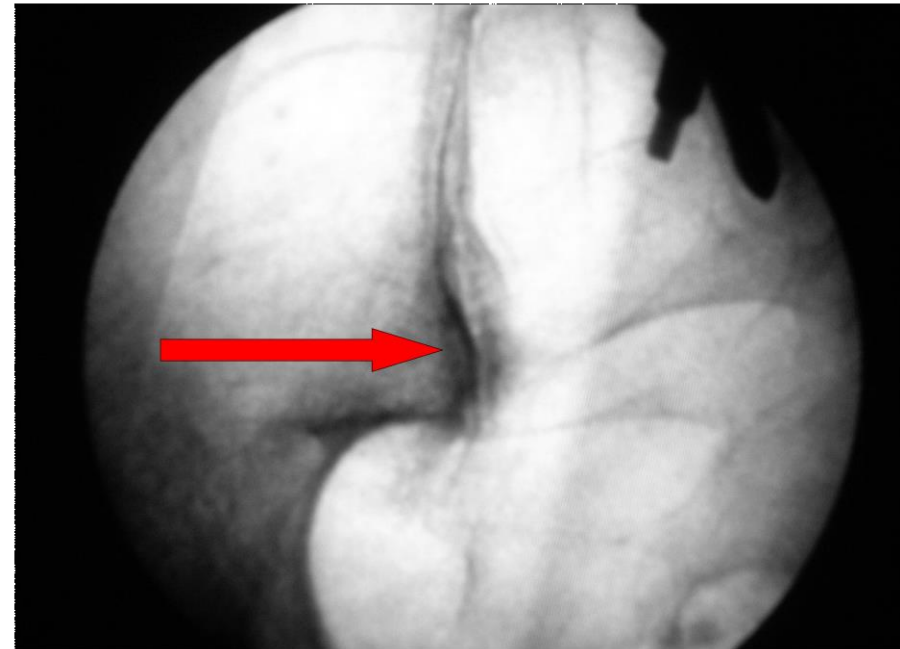
Disfunción SI

Bloqueo Diagnóstico

Prevalencia :13-30%

Falsos positivos: 20-22%.

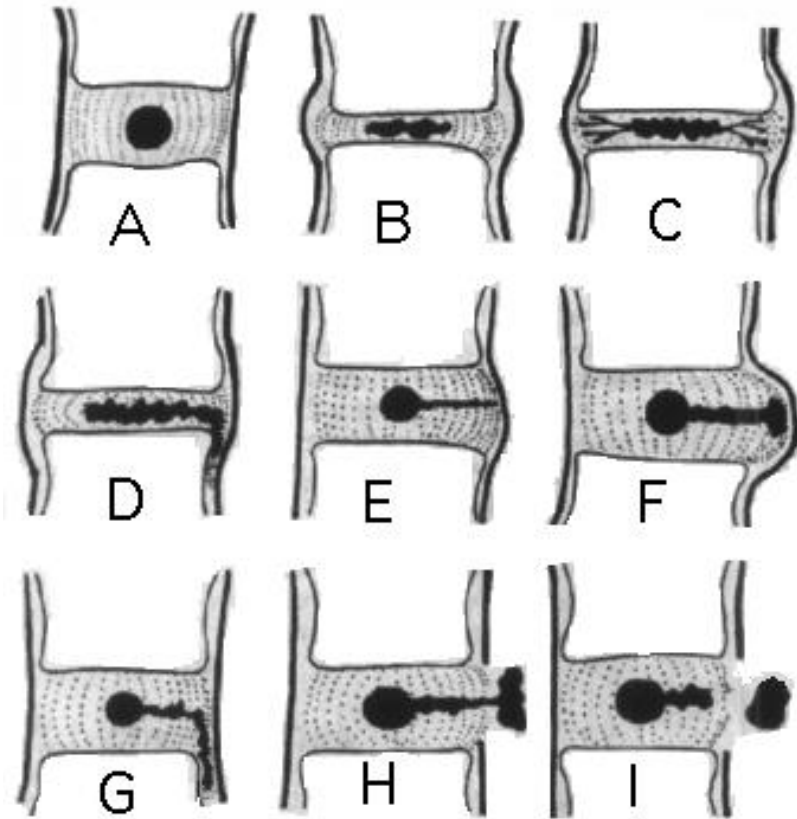
Falsos negativos: Errores técnicos



DOLOR DISCOGÉNICO

Dolor Discogénico

Discografía

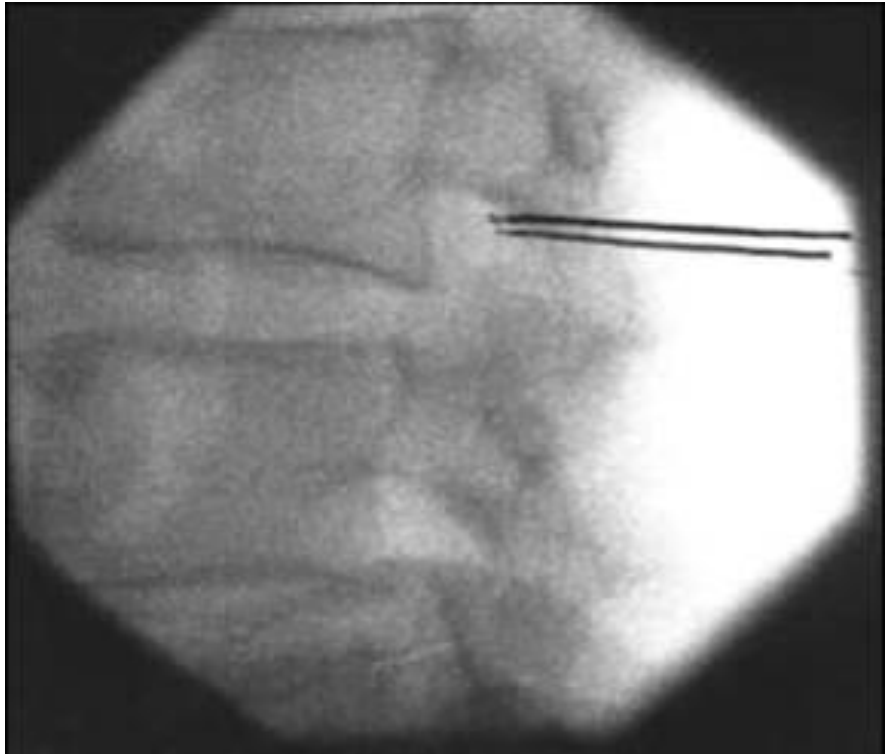


Falsos positivos: 37%

Falsos negativos: 9.7%

Dolor Discogénico

Radiofrecuencia



- RF intradiscal
 - 35% de la muestra
- RFP L2
 - 40% de la muestra

Dolor Discogénico

Tratamientos intradiscales



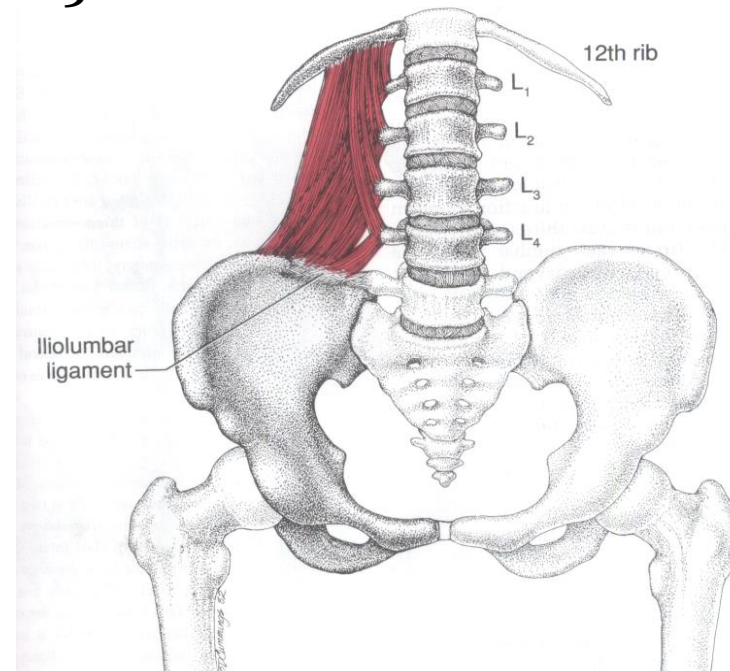
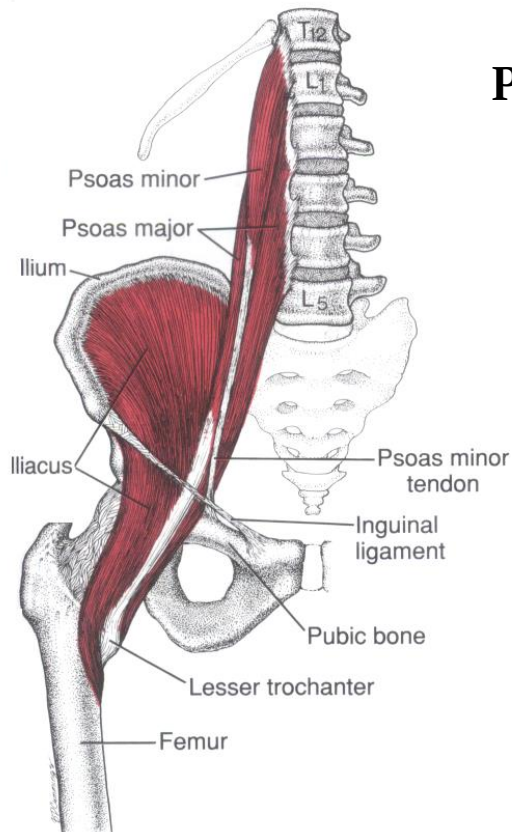
MIOFASCIAL

Síndrome Miofascial. Bloqueo Diagnóstico

Psoas: Flexión cadera
Presión disco intervertebral

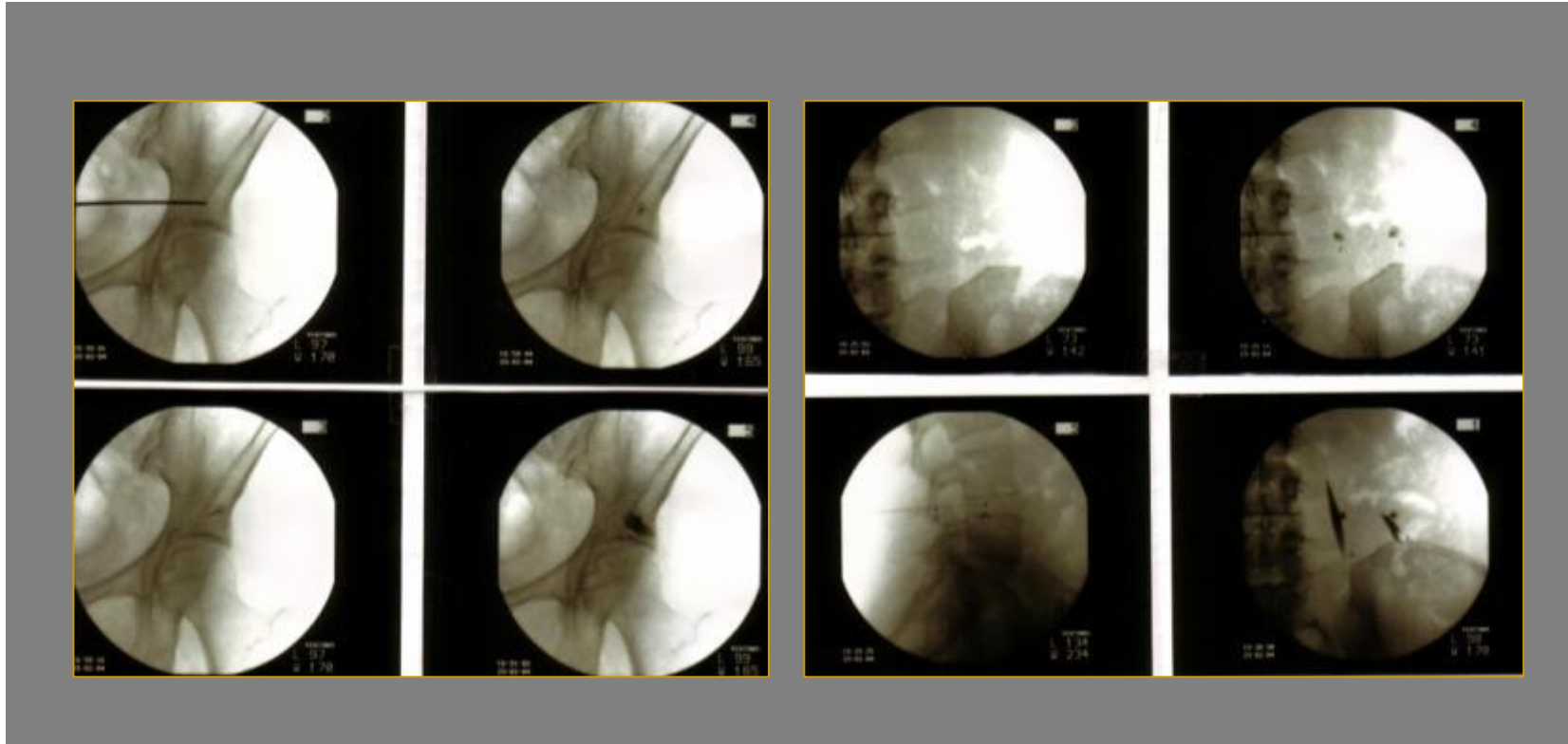
Cuadrado: Posición erguida
Extensión y lateralización

Prevalencia: 30-85%



??????????????

Bloqueos musculares



Piramidal

Psoas y Cuadrado

Síndrome Miofascial

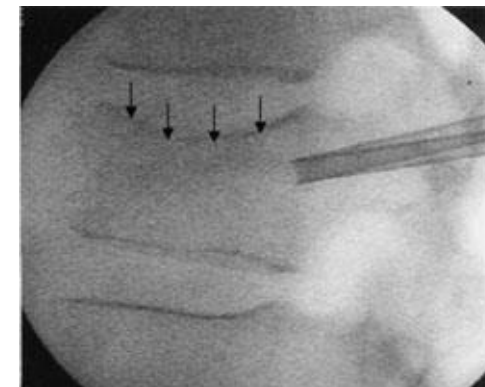
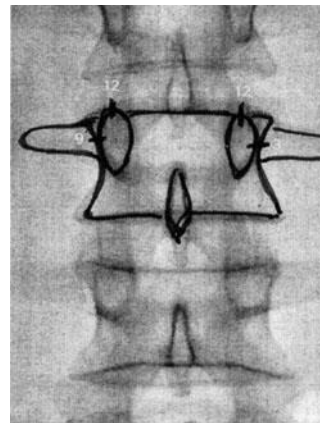
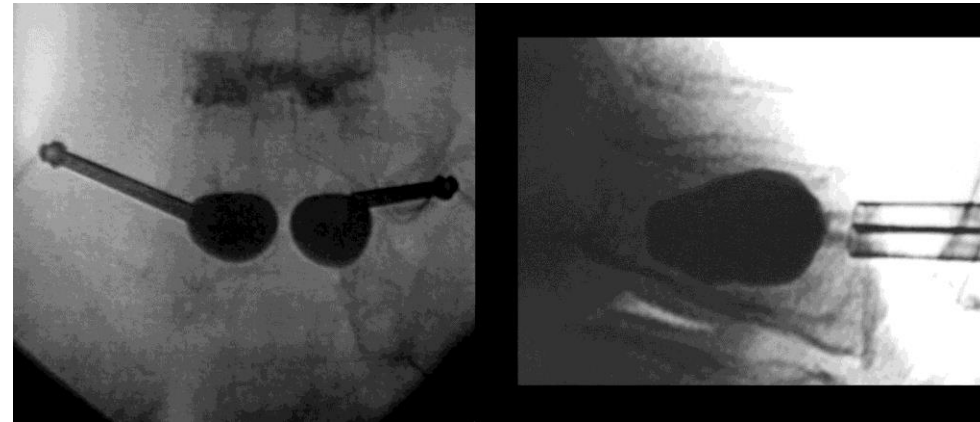
Toxina botulínica



VÉRTEBRAS

Alteración ósea

Vertebroplastia y cifoplastia



Futuro inmediato: RF bipolar

