

*“Uso inapropiado de tecnologías
en el tratamiento de los síndromes
mecánicos del raquis”*

Dr. Modesto Ferrer Colomer

Fundación Kovacs

*Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda
(REIDE)*

Síndromes Mecánicos del Raquis

Dolor en el cuello o en la espalda:



- Acompañado o no de dolor irradiado a brazo o pierna
- Asociado habitualmente a limitación dolorosa de la movilidad
- Influenciado por posturas y movimientos, que tiende a empeorar con el esfuerzo

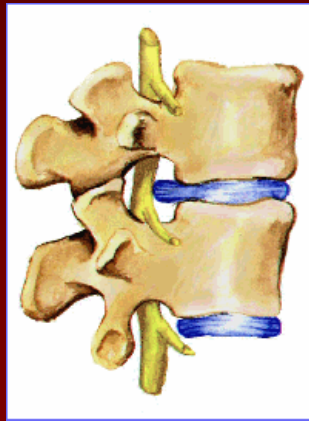
- No debido a traumatismos, fracturas, infecciones, tumores, ni enfermedades vasculares, endocrinas, metabólicas, ginecológicas ni psicósomáticas

SMR en la práctica clínica

Entre los adultos que consultan por dolor de cuello o espalda:

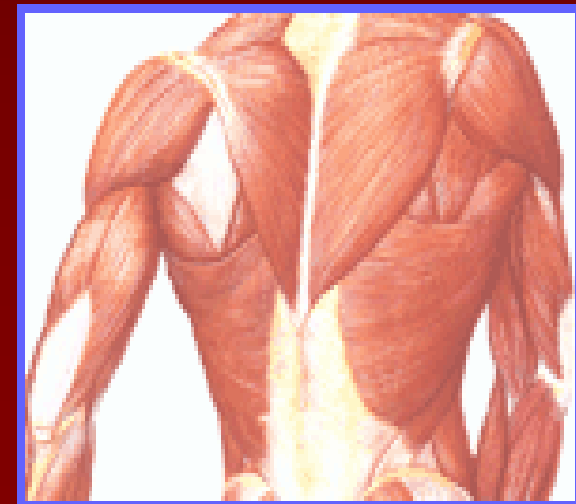
1%: Dolor “en” el cuello o la espalda: Enfermedades sistémicas (osteoporosis, tumores, infecciones, enfermedades, digestivas, etc.)

99%: Dolor “del” cuello o la espalda: **Síndromes mecánicos del raquis (SMR)**.



4%: Alteraciones visibles de la columna vertebral (protrusión o hernia discal sintomática, o estenosis espinal sintomática)

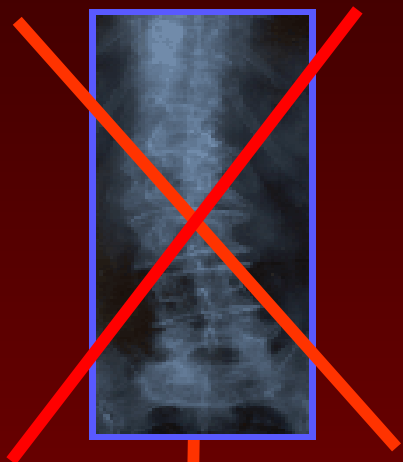
95%: Afecciones “inespecíficas”



SMR: Evolución y pronóstico

- El 80% de los SMR se curan solos en menos de 2 semanas
- Si el dolor dura más de 14 días, tiende a (auto)perpetuarse:
 - Casos “subagudos” y “crónicos”: no tienden a curarse solos
 - Son el 15%, pero causan el 80% de los costes totales
- El principal factor pronóstico es la duración del dolor (no su intensidad):
 - En los primeros 14 días:
 - El objetivo esencial es mejorar la intensidad del dolor
 - No usar tratamientos innecesariamente agresivos o que retrasen la mejoría espontánea
 - A partir de los 14 días:
 - Usar los tratamientos necesarios para mejorar el dolor
 - Ocuparse de otros aspectos (capacidad funcional, actividad diaria, impacto psicológico, etc.)

SMR: Concepto antiguo (mecánico)



%

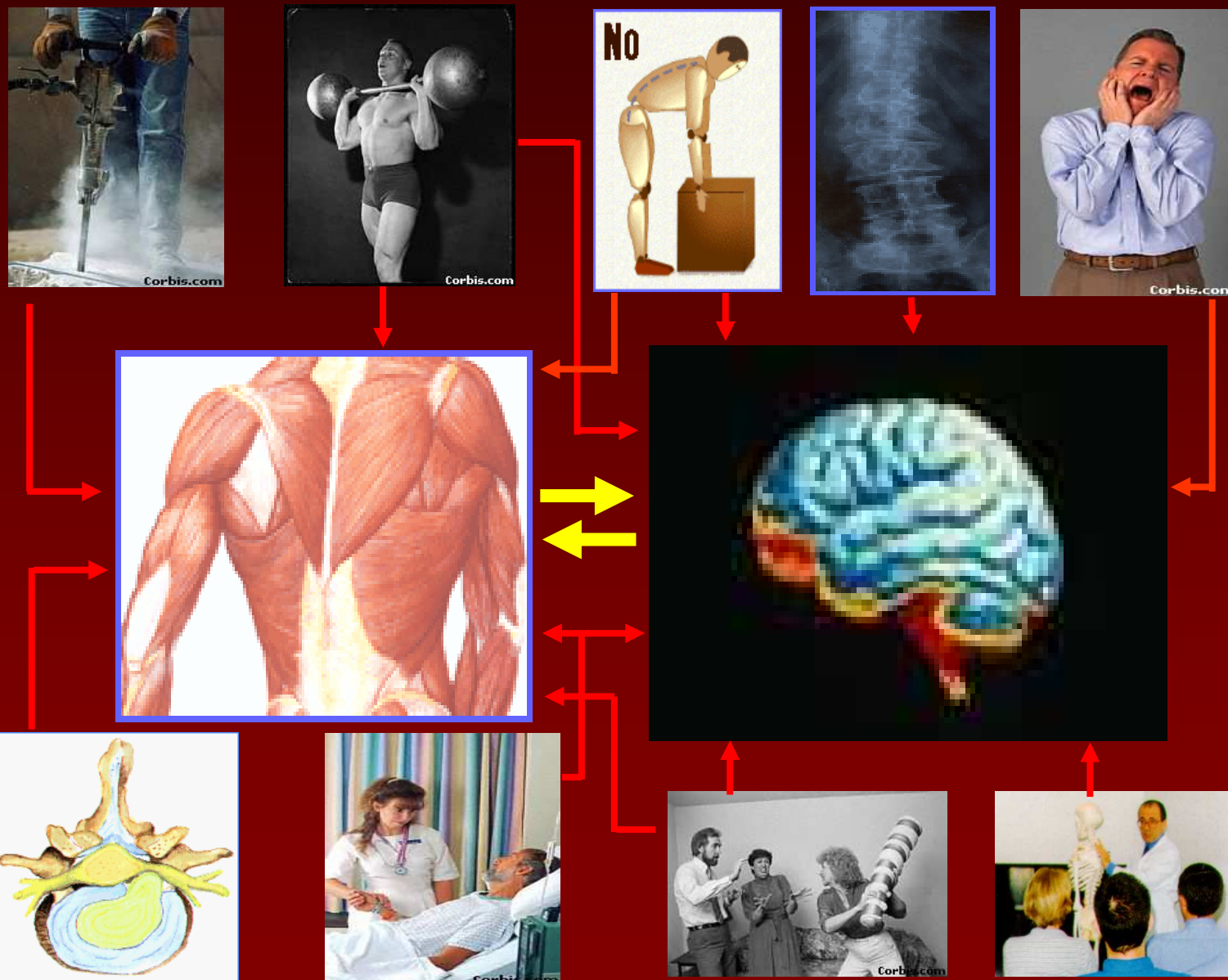


<1%

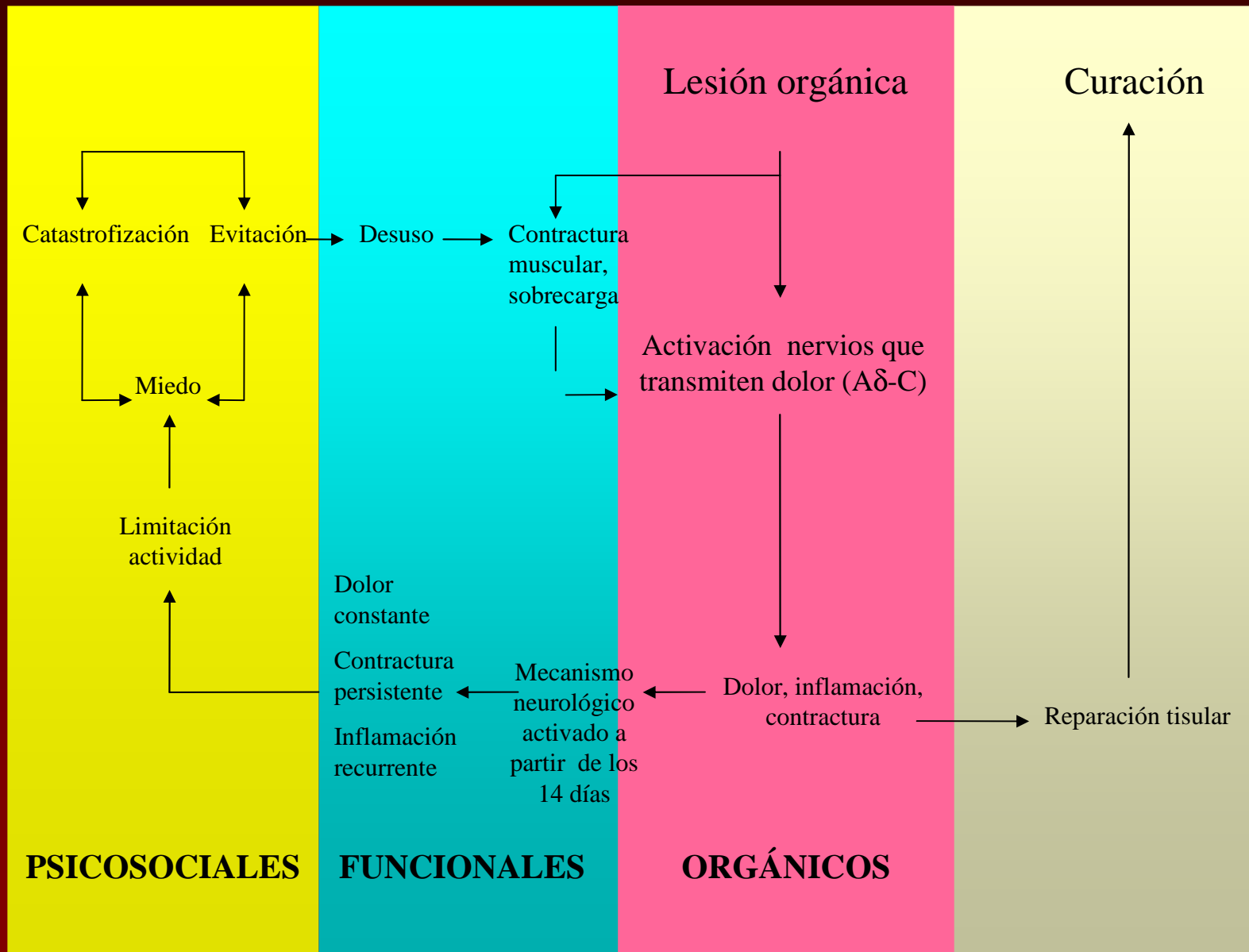


Corbis.com

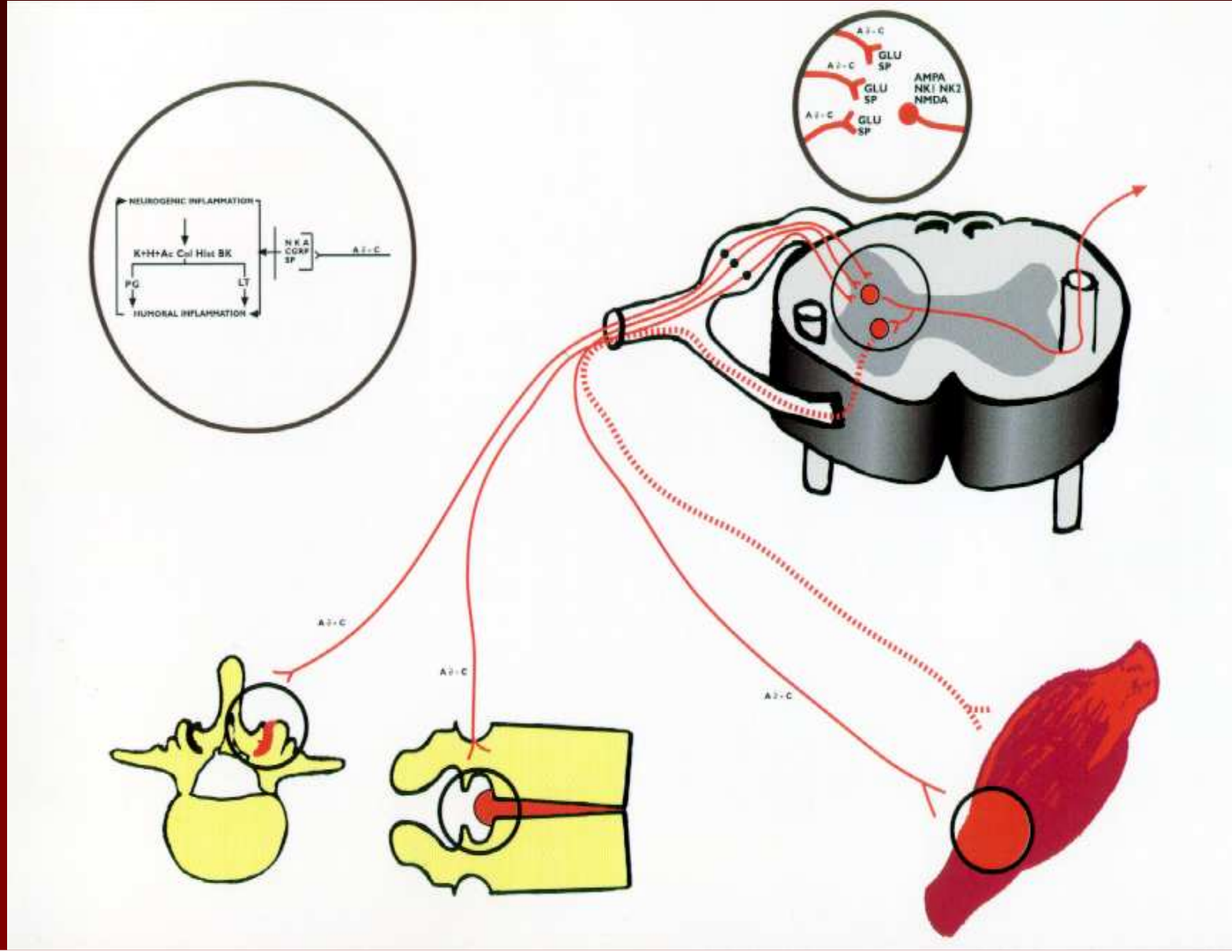
SMR: Concepto biopsicosocial



Modelo bio-psico-social

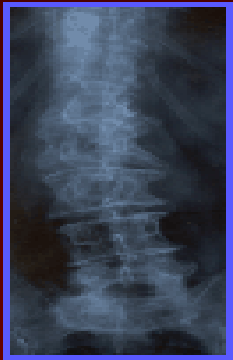


SMR: Mecanismo neurológico



Hechos probados

- En la columna vertebral de la mayoría de los sanos, sin dolor, se ven “**anomalías radiológicas**” (completamente irrelevantes), como:

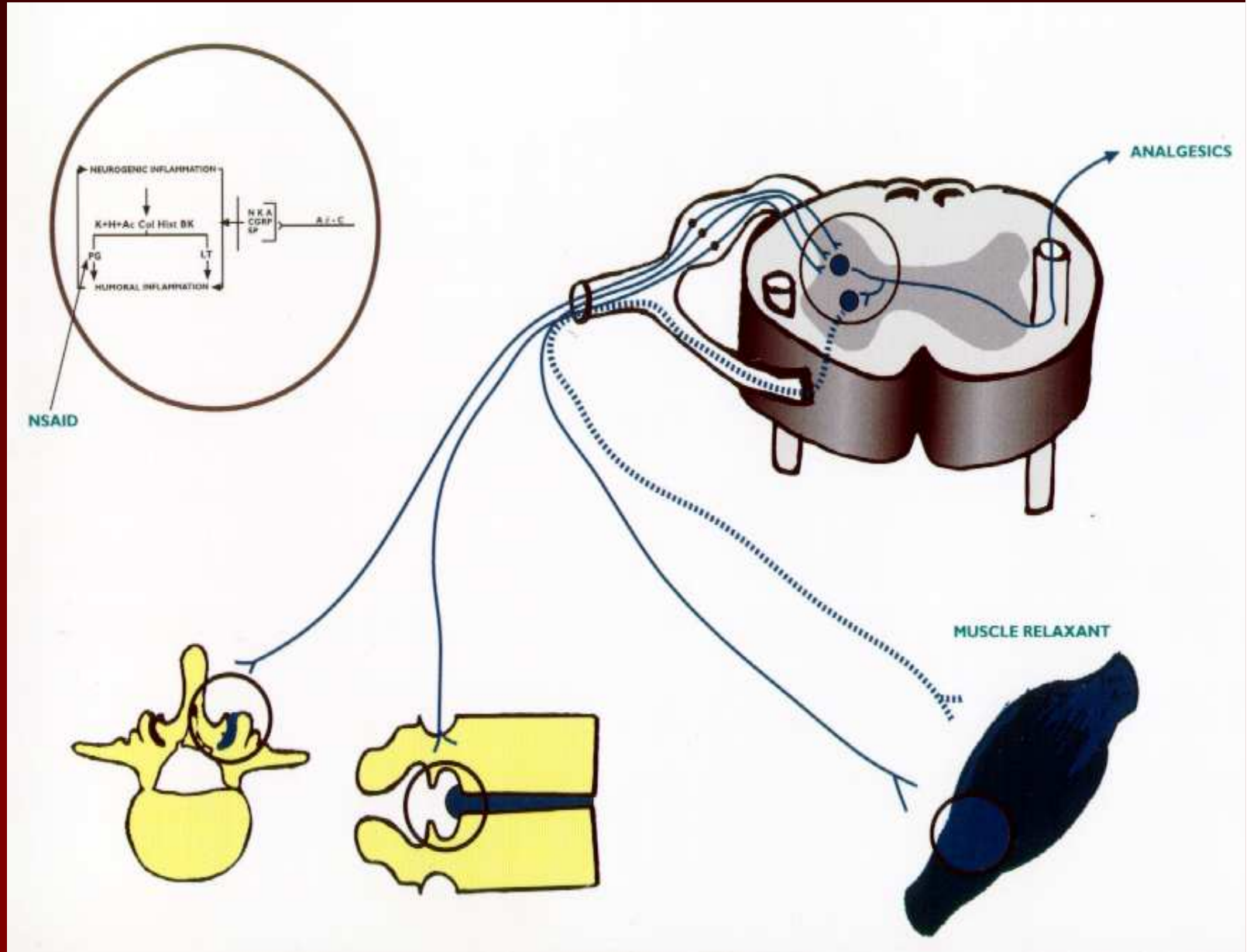


- Hernias discales: 35% de los sanos
 - Protrusiones discales: 70% de los sanos
 - Escoliosis: 70% de los sanos
 - Degeneración discal y artrosis: 100% de los sanos
- **Puede haber SMR sin que se vea ninguna alteración** en la columna vertebral
 - Incluso en el 4% de casos en los que el dolor se debe a una alteración de la columna vertebral, **el mecanismo neuroquímico es el que causa el dolor:**
 - **Puede curarse contrarrestando ese mecanismo**
 - **Sólo excepcionalmente es necesaria la cirugía (≈ 1%)**

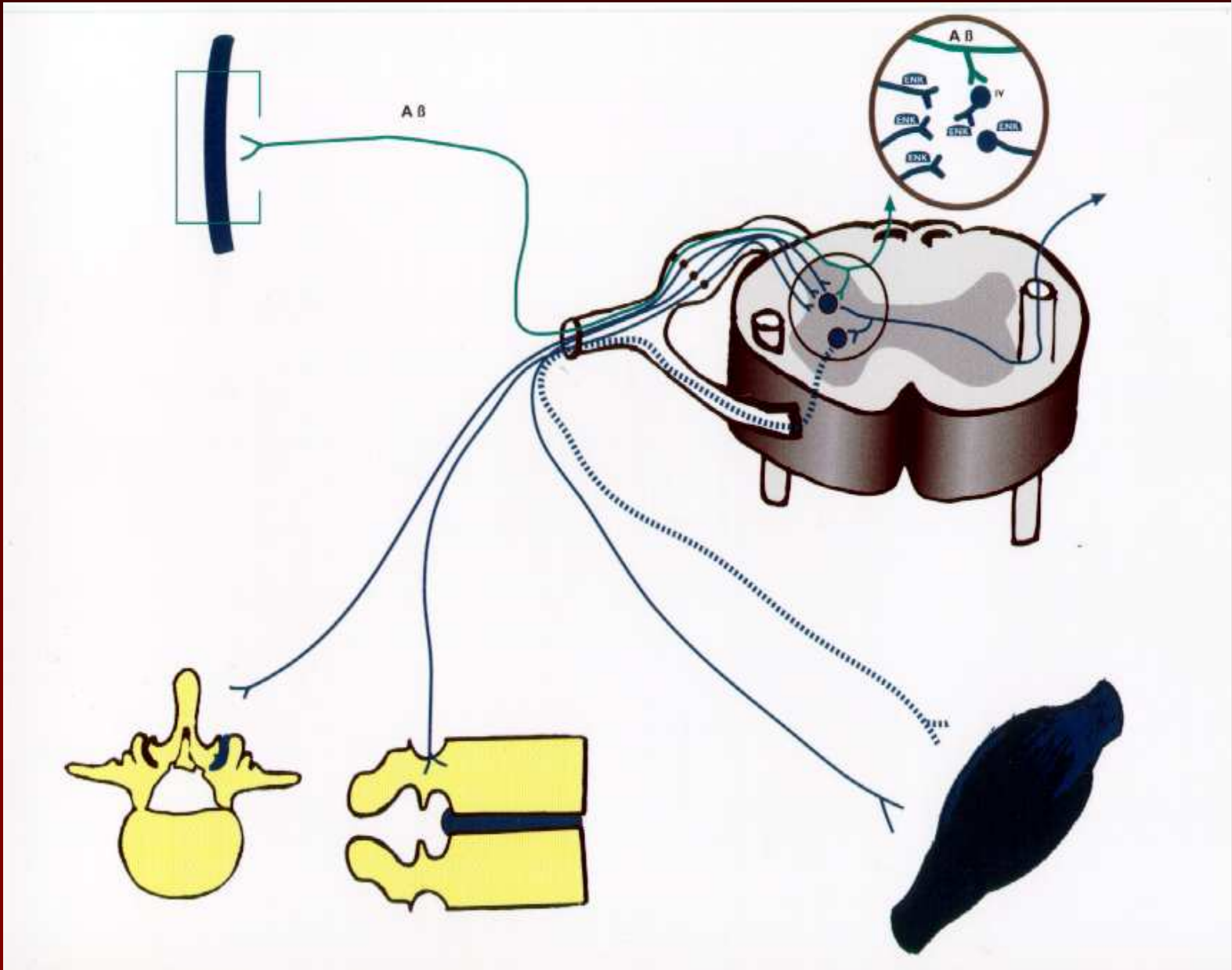
SMR: Tratamientos

- Se utilizan **más de 200** tratamientos distintos
 - **Farmacológicos** (AINEs, analgésicos, relajantes musculares, etc.)
 - **Educativos** (manejo activo, higiene postural, etc.)
 - **Psicológicos** (cognitivo-conductual, etc.)
 - **Físicos** (ejercicio, reposo, masaje, frío, calor, manipulaciones, electroterapia, corsés, acupuntura, etc.)
 - **Intervencionistas** (intervención NRT, infiltraciones de todo tipo, IDET, cirugía de diversos tipos, etc.)
- **La mayoría**, desarrollados por la industria sanitaria para ser vendidos, **se aplican sin haber comprobado antes si son eficaces o seguros**

Fármacos: Mecanismo de acción



Intervención Neuroreflejo terapéutica



La intervención neuroreflejo terapéutica (NRT)

- Implantación transitoria de material quirúrgico en la piel:
 - Sobre fibras y receptores nerviosos relacionados con las metámeras clínicamente implicadas en cada caso
 - Ambulatoria y sin anestesia
- Material quirúrgico estéril y de un solo uso:
 - Punzones dérmicos: permanecen \approx 10 días
 - Grapas quirúrgicas: extraídas a los 90 días



Otros mecanismos de acción

- **Educación sanitaria:** Corrección de creencias erróneas
- **Ejercicio:** Mejora la propiocepción, la coordinación muscular y la resistencia estática y dinámica a la carga
- **Terapia psicológica:** Mejora conductas y actitudes
- **Cirugía:** Descomprime las raíces nerviosas comprimidas por una hernia discal o estenosis espinal. Eficacia incierta cuando no hay compresión neurológica
- **Unidad del dolor:** Bloqueo de los mecanismos que causan o perpetúan el dolor
- **Otros tratamientos** con mecanismos de acción desconocidos y eficacia incierta



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA COST B13: LUMBALGIA INESPECÍFICA



EUROPEAN COMMISSION
DIRECTORATE GENERAL RESEARCH
Political Co-ordination and Strategy
COST
COST B13 "Low back pain: Guidelines for its management"

<http://www.kovacs.org/English/COSTB13.asp>

Organización del trabajo

- Un “Comité de Gestión” (directivo): 24 expertos de 14 países, y un representante de la Comisión Europea
- Tres Grupos de Trabajo:
 - Lumbalgia aguda: 15 expertos de 11 países
 - Lumbalgia crónica: 17 expertos de 13 países
 - Prevención de la Lumbalgia: 15 expertos de 9 países
- Cada recomendación, revisada por:
 - Por todos los miembros del Grupo de Trabajo correspondiente
 - Por el pleno del Comité de Gestión

Labor realizada

- Lumbalgia aguda:
 - 74 guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas
 - Sobre 4 tecnologías diagnósticas y 13 terapéuticas
- Lumbalgia crónica:
 - 682 revisiones sistemáticas y ensayos clínicos
 - Sobre 10 tecnologías diagnósticas y 40 terapéuticas
- Prevención de la Lumbalgia:
 - 189 revisiones sistemáticas y estudios
 - Sobre 6 métodos preventivos para la población general, 8 para los trabajadores y 14 para los escolares

Todas las recomendaciones fueron aprobadas por unanimidad

- Versión original (internacional, en inglés, 310 pg.)
- Extracto de las recomendaciones y su fundamento (en español, con autores, métodos de trabajo y modificaciones que han configurado la versión española, 136 pg.)
- Folleto resumen de las recomendaciones (positivas y negativas, en español, 24 pg.)
- Algoritmo que resume la estrategia diagnóstica y terapéutica recomendada (en español, 1 hoja)
- Todos los formatos, disponibles libremente en www.REIDE.org

Tratamientos recomendados (I)

1. Evitar el reposo en cama y mantener el mayor grado de actividad física que permita el dolor
2. Educación sanitaria: Programas educativos breves (charla, folleto -“Manual de la Espalda”- o EEDE -activa-), especialmente si hay creencias erróneas
3. Fármacos: 1ª línea: AINEs. Analgésicos. Miorrelajantes. 2ª línea: Antidepresivos (NA o NA-5HT, no 5-HT). 3ª línea: Opiáceos
4. Intervención NRT: En pacientes con >14 días duración del dolor y EVA > 3, si hay Unidad acreditada disponible
5. Ejercicio
6. Tratamiento (psicológico) cognitivo-conductual, si dolor intenso > 3 meses (> 6 semanas si baja laboral), o en pacientes en los que se plantea cirugía

Tratamientos recomendados (II)

7. Parches de capsaicina. En pacientes con EVA > 5
8. PENS (neuroestimulación percutánea) si hay especialista disponible
9. Programas multidisciplinarios: fármacos + ejercicio + tratamiento psicológico, aplicados en Unidad especializada por médico/s + fisioterapeuta/s + psicólogo/s
10. Cirugía: Sólo aceptable en pacientes con dolor muy intenso, de ≥ 2 años de duración pese a todos los tratamientos anteriores, y sólo si
 - No están disponibles programas de ejercicio con enfoque cognitivo conductual (mismos resultados con menor riesgo)
 - Se plantea específicamente fusión vertebral (preferiblemente no instrumentada y ≤ 2 segmentos)

Tratamientos no recomendados (I)

No están comprobados:

- Corrientes interferenciales
- Onda corta
- Termoterapia
- Fajas y corsés lumbares
- Electroestimulación medular
- Fármacos anti-TNF
- Ozonoterapia

Tratamientos no recomendados (II)

- Tracciones lumbares, laserterapia, ultrasonidos, TENS
- Masaje y manipulaciones vertebrales
- Acupuntura
- Gabapentina
- Proloterapia e infiltraciones (epidurales, intradiscales, facetarias o en puntos gatillo, de toxina botulínica, anestésicos o corticoides)
- Rizolisis o lesión del ganglio dorsal por radiofrecuencia
- IDET e IRDT –PIRF- (electrotermoterapia intradiscal y termocoagulación intradiscal por radiofrecuencia)
- Cirugía (técnicas distintas a la fusión vertebral –prótesis discales, etc.-, o fusión en condiciones distintas de las indicadas)

Medidas preventivas recomendadas

- Ejercicio
- Educación sanitaria centrada en evitar el reposo y mantener el mayor grado posible de actividad
- Escuelas de la Espalda que combinan educación sanitaria en manejo activo y ejercicio
- Un colchón de firmeza intermedia en los pacientes con lumbalgia persistente
- La ergonomía, en trabajadores, si los involucran y se acompañan de aspectos organizativos

Medidas preventivas no recomendadas

- Educación sanitaria o Escuelas de la Espalda con contenido exclusivamente biomecánico o ergonómico
- Fajas o cinturones lumbares, plantillas, alzas, zapatos blandos o superficies amortiguadoras
- Usar determinados tipos de sillas o colchones para prevenir la *aparición* del primer episodio de lumbalgia
- Manipulación vertebral
- Programas ergonómicos u organizativos que no combinen ambos aspectos

Orden de las medidas eficaces

Prevención: **Actitud activa** (mayor grado posible de actividad física)
Ejercicio

< 14 días: **Actitud activa** (interrumpir ejercicio pero mantener la mayor actividad posible y evitar el reposo en cama)
Fármacos (AINEs, analgésicos, miorrelajantes)

> 14 días: **Intervención NRT**
Ejercicio (evitando sólo los que aumenten el dolor)
Fármacos (en exacerbaciones)

En los casos indicados:

Unidades del Dolor (dolor resistente a tratamientos previos)

Terapia comportamental (rasgos psicológicos agravan la incapacidad)

Cirugía (síndrome de la cola de caballo, dolor irradiado por hernia discal intratable, o claudicación neurógena por estenosis espinal)

Recomendaciones (I)

1. **No crean los mitos urbanos** ni las historias dramáticas que les cuenten familiares, amigos o conocidos. **En realidad:**
 - Todos los humanos tenemos o tendremos “**degeneración discal**” o “**artrosis vertebral**”
 - Casi todos tenemos **protrusiones o hernias discales**. Lo normal es que no den problemas y, si los causan, que se resuelvan sin cirugía
 - Las **radiografías** son inútiles en los casos de dolor de espalda (salvo para descartar fracturas u otras causas de dolor ajenas a la espalda)
 - Es contraproducente hacer **resonancias magnéticas** si no hay datos clínicos que lo aconsejen
 - “**Tiene la columna como un anciano**” o “**se puede quedar en silla de ruedas**” son frases que no suelen querer transmitir lo que significan
2. **Hagan ejercicio.**
 - Aunque algunas nociones básicas de higiene postural tienen sentido, el ejercicio **es mucho más eficaz para prevenir y rehabilitar**
 - **Cualquier ejercicio** es mejor que ninguno
 - **Sólo tiene efecto si se mantiene**; tener en cuenta preferencias personales

Recomendaciones (II)

3. Si les duele la espalda:

- Eviten el reposo en cama, y mantengan el mayor grado de actividad física que el dolor permita
 - No se obsesionen: 80% de los casos se curan < 14 días y la mayoría del resto se pueden resolver sin cirugía
 - Vayan al médico si hay signos que lo aconsejan, dudan o el dolor dura > 14 días

4. Si les plantean operarles la espalda:

- Sólo es urgente si hay “síndrome de la cola de caballo” (pérdida de fuerza súbita e importante, o del control de esfínteres, o anestesia en silla de montar)
- En todos los demás casos: pidan una segunda opinión preferentemente a un especialista no cirujano

5. En todo caso:

- Sigam actualizándose con información fiable e independiente:
www.espalda.org www.REIDE.org

¿Cómo puede ser?

- Sanidad ≠ mercado sanitario

Las decisiones sanitarias no se basan sólo en el conocimiento científico ni en el interés público

- No siempre coinciden plenamente las prioridades de todas las partes:



Conclusión

Reducir el gasto sanitario puede mejorar los resultados de la asistencia sanitaria, si:

- Las autoridades sanitarias tienen un mínimo nivel (intelectual y ético)
- Las decisiones sobre tecnologías sanitarias se despolitizan, se mejora su rigor y transparencia, y se fundamentan en el conocimiento científico
- Se suprime selectivamente el gasto en tecnologías inefectivas o ineficientes
- Se aplican las recomendaciones científico-técnicas ya formuladas:
 - Intereses de los pacientes y el erario, sobre los de industria y proveedores
 - Se financian sólo las tecnologías:
 - Comprobadamente efectivas y eficientes (y no el resto)
 - Específicamente en los casos en los que están indicadas (y no otros)
 - Se evalúan constantemente los resultados de cada tecnología, para
 - Suprimir selectivamente las inútiles
 - Pagar las efectivas en función de sus resultados (no sólo de su uso)

Gracias por su atención

Dr. Modesto Ferrer Colomer

Director Médico de la Unidad de la Espalda Fundación Kovacs

mferrer@kovacs.org