

DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO

P-025 PREGABALINA EN EL DOLOR CRÓNICO EN REUMATOLOGÍA

M. Bernad Pineda¹, M. V. Garcés Puentes²

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid; ²Servicios Integrales de Gestión Médica (SIGEMED), Madrid

Palabras clave: pregabalina, dolor crónico, reumatología.

Introducción: La pregabalina se utiliza en todo el mundo para tratar las convulsiones, el trastorno de ansiedad, es una recomendación de primera y/o segunda línea para el dolor neuropático en muchas guías (1,2) y fue aprobado para la fibromialgia en los Estados Unidos pero no en Europa.

Objetivo: Valorar la evolución del dolor crónico en pacientes reumatológicos tratados con pregabalina.

Material y método: Estudio prospectivo en el que se evaluaron 270 sujetos con edad entre 25 y 91 años, pacientes de una consulta de Reumatología, con diagnóstico de dolor crónico de larga duración, refractario al tratamiento con AINE. Se registraron los valores basales de dolor (Escala Visual Analógica [EVA]) y al finalizar el tratamiento con 150-300 mg diarios de pregabalina. En caso de exacerbaciones se asoció paracetamol/tramadol (dosis de 1 comp/8 h) como analgesia de rescate y si fuese necesario, un AINE durante 7 días. El estudio fue conducido de acuerdo a las buenas prácticas y todos los sujetos fueron informados y dieron su consentimiento.

Resultados: El 87,4 % eran mujeres y el 12,6 % hombres. La media de edad fue de $63,1 \pm 14,5$ años (IC 95 %, 61,4; 64,9). La causa del dolor se asoció a patología de la columna vertebral (lumbalgia, cervicalgia, cialgia) 35,6 %, extremidades superiores (síndrome túnel del carpo, rizartrrosis) 18,1 %, extremidades inferiores (gonartrosis, trocanteritis) 12,6 %, dolor generalizado (fibromialgia, polimialgia reumática) 28,1 % y otros (5,6 %). Al 72 % se le prescribió entre > 150-300 mg diarios y al resto 150 mg al día de pregabalina durante una media de $7,2 \pm 3,9$ meses (IC 95 %, 5,6; 8,8). La media del nivel de dolor basal determinado mediante la EVA fue de $70,9 \pm 8,7$ (IC 95 %, 69,3; 72,4) y al finalizar este estudio, de $37,3 \pm 21,6$ (IC 95 %, 32,7; 42,0) ($p < 0,001$). El 20,7 % de los pacientes no toleraron el medicamento y refirieron mareos, somnolencia y problemas digestivos. En el 79,3 % de pacientes que cumplieron el tratamiento se observó mejoría total del dolor en el 62,8 % (EVA < 30), mejoría parcial del dolor en el 11,5 % (EVA > 30 y < 50) y ninguna mejoría en el 25,7 %. No se encontró relación entre la localización del dolor crónico y el efecto del tratamiento ($p > 0,05$).

Discusión: Los pacientes con dolor crónico no neuropático asociado a patología de la columna vertebral,

miembros inferiores y superiores o a dolor generalizado refieren síntomas, variaciones del estado de ánimo, depresión, ansiedad, problemas del sueño, capacidad funcional disminuida y otras características muy similares a las del dolor neuropático. En casos como los descritos, la falta de eficacia del tratamiento con analgésicos convencionales dirigidos al dolor nociceptivo puede ser un indicio importante de la presencia de un componente de dolor neuropático. Es posible que procesos nociceptivos y neuropáticos contribuyan al dolor, generando un proceso mixto (3) en los que el tratamiento con pregabalina es útil para disminuir el dolor. En una cohorte de pacientes con dolor lumbar crónico no seleccionados, se encontró un 37 % de pacientes con dolor predominante de tipo neuropático (4). Una revisión Cochrane concluyó que el tratamiento con pregabalina se asocia también a mejoría de la calidad de vida y otros beneficios en pacientes con fibromialgia (5).

Conclusiones: La dosis entre 150 y 300 mg diarios de pregabalina durante 5-9 meses se asocia con una reducción significativa en la intensidad del dolor crónico musculoesquelético, con eventos adversos no tolerables en el 20,7 % de los pacientes.

Bibliografía:

1. NICE, Neuropathic Pain—Pharmacological management of neuropathic pain in adults in nonspecialist settings. 2016. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg173>
2. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 2015;14(2):162-73.
3. Haanpää ML, Backonja MM, Bennett MI, et al. Assessment of neuropathic pain in primary care. *Am J Med*. 2009;122:S13-21.
4. Freynhagen R, Baron R, Gockel U, et al. Pain DETECT: A new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *CMRO*. 2006;22(10):1911-20.
5. Derry S, Cording M, Wiffen PJ, et al. Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 9. Art. n.o: CD011790.

P-026 ABORDAJE DEL DOLOR LUMBAR-RADICULAR COMPLEJO EN LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE RAQUIS DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA

C. Sánchez Navarro, A. Martínez Navas, F. Castilla Serrano, J. A. Expósito Tirado, J. Angulo Gutiérrez, M. Echevarría Moreno

Unidad Multidisciplinar de Raquis; Hospital Universitario de Valme, Sevilla

Introducción: El dolor lumbar crónico es un importante problema de salud pública. Más del 70 % de la población ha sufrido al menos un episodio de dolor lumbar. Esta alta

prevalencia del dolor lumbar hace que sea una causa importante de gastos médicos, absentismo laboral y discapacidad. La necesidad de dar una respuesta a la alta prevalencia de este problema de salud en el AGS Sur de Sevilla hizo plantearnos la implementación de una Unidad Multidisciplinar de Raquis (UMR) para el abordaje del dolor crónico lumbar-radicular complejo.

Objetivos:

- Realizar un abordaje multidisciplinar, homogéneo y con un mensaje común a los pacientes, inclusive cuando se han agotado todas las posibilidades terapéuticas.
- Realizar un abordaje multidisciplinar y de consenso del paciente con dolor lumbar complejo.
- Ofertar técnicas menos invasivas que puedan controlar el proceso del paciente previo a técnicas más complejas como pueden ser las técnicas quirúrgicas.
- Disminuir la necesidad de procedimientos quirúrgicos de la columna lumbar.
- Disminuir el número de consultas externas y demoras que el paciente tiene que soportar antes de ofertarle el tratamiento necesario.
- Hacer un uso racional de los recursos para realizar un abordaje más eficiente del proceso.

Material y método: Se constituyó un equipo multidisciplinar integrado por profesionales de diferentes unidades: Unidad del Dolor Crónico, UGC Traumatología y Cirugía Ortopédica, UGC Medicina Física y Rehabilitación, trabajadora social; y otras unidades de apoyo: UGC de Salud Mental y Endocrinología y Nutrición. Se realiza una consulta mensual integrada por 3 profesionales simultáneamente de COT, RHB y Unidad de Dolor Crónico para valoración conjunta de pacientes con dolor crónico lumbar-radicular complejo de forma presencial (90 %) o de forma virtual (10 %). Los criterios de derivación a la UMR fueron los siguientes:

- Pacientes con dolor lumbar o lumbar-radicular crónico que no hayan respondido a tratamiento quirúrgico, rehabilitador o técnicas intervencionistas.
- Pacientes con SCFE candidatos a terapia de estimulación medular.
- Pacientes hiperfrecuentadores y nula o escasa respuesta a los tratamientos realizados.

Resultados: En 2015 se valoraron 75 pacientes, con edad media 49 años. Unidad de procedencia: COT 36, RHB 20, UDC 19. Unidad de destino: COT 14, RHB 22, UDC 39. Los diagnósticos fueron: SCFE 34, lumbalgia mecánica crónica 13, lumbociatalgia-HNP 13, estenosis de canal 8, otros 7. La mayoría de los pacientes tenían Oswestry 41-80. El número medio de citas a COT, RHB y UDC en los 3 años previos fue de 4,24 consultas/año y tan solo 4 pacientes habían consultado a una sola especialidad,

45 lo hicieron a dos especialidades y 26 a las tres especialidades. Un año después de la consulta de UMR el número medio de consultas descendió a 3,49 consultas/año y 35 pacientes consultaron a una sola especialidad, 22 a dos especialidades y 17 a tres. En 2016 se valoraron 79 pacientes en la UMR (SCFE 38, lumbalgia mecánica crónica 16, lumbociatalgia-HNP 15, estenosis de canal 9 y otros 1). En 2017 se valoraron 74 pacientes con los diagnósticos de SCFE 44, lumbalgia mecánica crónica 4, lumbociatalgia-HNP 14, estenosis de canal 9 y otros 4. En 2018 acudieron a la UMR 81 pacientes: SCFE 46, lumbalgia mecánica crónica 7, lumbociatalgia-HNP 20, estenosis de canal 7 y otros 1. La mayor parte de los pacientes son derivados por COT y en menor medida por RHB y UDC; sin embargo, en 2018 se ha producido un incremento en el número de pacientes derivados por la UDC a la UMR, superando esta a RHB. La tendencia en la unidad de destino se ha mantenido para RHB, ha disminuido para la UDC y ha aumentado para COT.

Discusión: El proceso de dolor lumbar crónico refractario es un proceso de dolor complejo, con importantes implicaciones no solo sobre el paciente y sus familiares sino también de índole laboral y sobre el sistema sanitario. Es por ello por lo que los profesionales implicados en el tratamiento de estos pacientes estamos obligados a elaborar estrategias que den respuesta a los diversos problemas derivados del proceso de dolor crónico lumbar en nuestro sistema sanitario. La creación de unidades multidisciplinarias para responder a este problema de salud es una posibilidad, que en nuestra Área Sanitaria ha proporcionado importantes beneficios.

La implementación de la UMR en el AGS Sur de Sevilla ha supuesto:

- Mejoría en el tratamiento de la patología lumbar-radicular crónica por la mayor coordinación de los tratamientos aplicados por las unidades implicadas en este proceso de dolor crónico.
- Control más eficiente de los recursos al disminuir el número de interconsultas posteriores y especialistas implicados en el seguimiento de estos pacientes.
- Unificación de criterios de actuación y establecimiento de criterios de derivación consensuados entre las diferentes especialidades implicadas.

Conclusiones: La UMR en el AGS Sur de Sevilla ha proporcionado importantes beneficios a los pacientes con proceso de dolor lumbar crónico refractario.

Bibliografía:

1. Melloh M, Elfering A, Egli Presland C, Roeder C, Barz T, Rolli Salathé C, et al. Identification of prognostic factor for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments. *Int Orthop* 2009;33(2):301-13.