

ACTUALIZACIONES

ACTUALIZACIONES I

Moderadora: *P. Gayoso Diz*

Médico de familia. Coordinadora Unidad Docente Medicina de Familia y Comunitaria. Orense.

Ponentes y contenido:

Actualizaciones top ten

J. Díez Espino

Médico de familia. CS Tafalla. Navarra.

Actualizaciones temáticas

Infecciones emergentes y reemergentes

C. Llor Vilà

Médico de familia. CS Jaume I. Tarragona.

Urología (Próstata o Incontinencia)

C. Viana Zulaica

Médico de familia. CS Elviña-Mesoio. A Coruña.

Lumbalgias

B. Reig Mollà

Médico de familia. CS Villamarchante. Valencia.

Tratamiento no farmacológico de las lumbalgias inespecíficas: Reposo en cama y ejercicio

B. Reig Mollà y J. Sanfèlix Genovés

Se ha efectuado una revisión en el fondo bibliográfico de Medline y en la Cochrane Library. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda han sido: low back pain, rest bed y exercise. Se han revisado todas las guías de práctica clínica (GC) referenciadas en Medline, la GC del Royal College of General Practitioners (RC)¹, así como todos los artículos publicados en los últimos 5 años (de enero de 2000 hasta junio de 2004). El resultado de la búsqueda ha sido 15 GC, 377 artículos en Medline y 29 revisiones sistemáticas (RS) en la Cochrane Library. No se han incluido las GC no disponibles en inglés y todos los artículos que no fueran RS o ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Finalmente se han seleccionado 2 RS como revisiones centrales publicadas en la Cochrane Library: una sobre el reposo en cama y otra sobre el ejercicio³. A partir de ellas se comentan semejanzas y discrepancias con las publicaciones más relevantes.

Reposo en cama

Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low back pain and sciatica (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

El objetivo de esta revisión fue evaluar los efectos del reposo en cama para los pacientes con dolor lumbar agudo o ciática. Se incluyeron todos los estudios aleatorizados o cuasi-aleatorizados donde al menos un grupo de comparación de pacientes adultos con dolor lumbar agudo, con o sin irra-

diación del dolor por debajo de la rodilla, recibió la recomendación de descansar en cama por lo menos durante dos días y un grupo no recibió dicha recomendación, o en los que los grupos de comparación recibían el consejo de quedarse en cama durante diferentes periodos de tiempo. Los resultados principales de interés fueron dolor, nivel funcional, recuperación y vuelta al trabajo.

Los resultados globales de dos estudios de calidad alta no indican ninguna diferencia en la intensidad del dolor durante un seguimiento de tres semanas [Diferencia de promedios estandarizados 0,0 (IC del 95%: -0,3, 0,2)], y una pequeña diferencia en nivel funcional a favor de permanecer en actividad [Diferencia de promedios ponderados 3,2 (en una escala de 0-100) (IC del 95% 0,6, 5,8)]. Dos ensayos de calidad alta no encontraron ninguna diferencia en la intensidad del dolor entre dos a tres días de reposo en cama y siete días de reposo en cama. Otros dos ensayos de calidad alta no encontraron ninguna diferencia, entre el reposo en cama y los ejercicios, en la intensidad del dolor o el nivel funcional.

Las diferencias de efecto entre el consejo de permanecer en cama comparado con el consejo de permanecer en actividad, son pequeñas para pacientes con dolor lumbar con o sin ciática. No hay una diferencia importante entre los efectos del reposo en cama en comparación con ejercicios para el tratamiento del dolor lumbar agudo, o de siete días de reposo comparados con dos a tres días de reposo en cama en pacientes con dolor lumbar de diferente duración con o sin dolor irradiado.

Las conclusiones de esta revisión son que el reposo en cama, en comparación a la indicación de permanecer en actividad, tiene, en el mejor de los casos, poco efecto, y en el peor de los casos podría tener ciertos efectos nocivos en el dolor lumbar agudo.

Comentario crítico

Se trata de una revisión con fecha de la enmienda más reciente el 21 de febrero del 2000. La calidad metodológica de los estudios incluidos fue evaluada de forma independiente por dos revisores, usando un formulario de evaluación de calidad sobre el que se había hecho una prueba piloto. En los casos en que hubo discordancias, un tercer revisor evaluó el ensayo de forma independiente y se llegó a un acuerdo general. Se incluyeron nueve ensayos (tres se realizaron en Norte América y seis en Europa) con un total de 1435 pacientes.

Esta revisión de la Cochrane viene a coincidir con lo publicado en las guías de práctica clínica de la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)⁴, del RC¹, la Paris Task Force (PTF)⁵ y la Philadelphia Panel (PP)⁶. De forma que en la lumbalgia aguda:

- Un retorno gradual a las actividades normales es más efectivo que el reposo prolongado en cama (grado de recomendación B).
- La mayor parte de las lumbalgias agudas inespecíficas no requieren reposo en cama. El reposo en cama entre 2 y 4 días puede ser una opción en pacientes con dolor severo o ciatalgia (grado de recomendación D).
- El reposo prolongado en cama puede producir debilitación, enfermedad crónica y dificultad incrementada en la rehabilitación (grado de recomendación B).

La guía de la PTF⁵ (basándose en la ausencia de datos encontrados en la literatura) además no sólo no recomienda sino que contraindica el reposo prolongado en cama para lumbalgia subaguda y crónica.

Probablemente los dos estudios más relevantes publicados posteriormente a la revisión de Hagen et al², sean la RS publicada en la Cochrane de Hilde et al⁷ y el artículo de Rozenberg et al⁸ publicado en la revista Spine, ambos del 2002, los cuales vienen a coincidir con los resultados de la RS del 2000. Así concluyen que es razonable recomendar permanecer activo puesto que no hay evidencia de que el reposo sea mejor que estar activo y que es bien conocido el potencial efecto dañino del reposo prolongado.

Ejercicio

Van Tulder MW, Malmivaara A, Esmail R, Koes BW. Exercise therapy for low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

El objetivo de esta revisión fue evaluar la efectividad del tratamiento con ejercicios para el dolor lumbar con respecto a la intensidad del dolor, el estado funcional, la mejoría global y el retorno al trabajo. Se incluyeron ECA con ejercicios para sujetos con dolor lumbar inespecífico, con o sin irradiación a las piernas. Las conclusiones fueron:

- Existe fuerte evidencia de que en la lumbalgia aguda, el tratamiento con ejercicios no es más eficaz que no hacer nada (tratamiento inactivo o reposo en cama o placebo) u otros tratamientos activos (atención habitual por el médico de familia, manipulación, clínica de espalda o AINE). Hay fuerte evidencia (nivel 1) de que el tratamiento con ejercicios no es eficaz para el tratamiento del dolor lumbar agudo.
- Existe evidencia contradictoria acerca de la efectividad del tratamiento con ejercicios comparado con los tratamientos inactivos para el dolor lumbar crónico. El tratamiento con ejercicios fue más eficaz que la atención habitual por parte del médico general e igualmente eficaz que la fisioterapia convencional para el dolor lumbar crónico.

Las conclusiones de esta revisión son que el tratamiento con ejercicios no es eficaz en la lumbalgia aguda, pero puede ser útil en la lumbalgia crónica.

Comentario crítico

Revisión con fecha de la enmienda más reciente el 30 de mayo de 2000. Se identificaron 39 ECA. La calidad metodológica de los ECA hasta diciembre de 1996 fue evaluada de forma independiente por dos revisores; la calidad metodológica de los 9 estudios adicionales identificados después de 1996 también fue evaluada de forma independiente por dos críticos. Se usó un método de acuerdo general para resolver las discrepancias y se consultó a un tercer revisor si las mismas persistían.

Esta revisión de la Cochrane viene a coincidir con lo publicado en las guías de práctica clínica de la AHCPR⁴, la del RC¹, la PTK⁵ y la PP⁶ para pacientes con lumbalgia aguda. De forma que:

- Es dudoso que los ejercicios específicos para la espalda produzcan una mejoría clínicamente significativa (grado de recomendación D).
- Ejercicios de bajo estrés, aeróbicos pueden prevenir la debilitación debido a la inactividad durante el primer mes de los síntomas y después mejorarían el retorno de los pacientes a sus actividades (grado de recomendación C).
- Los programas de ejercicio aeróbico con mínimas actividades de estrés como caminar, nadar o ir en bicicleta pueden empezarse durante las dos primeras semanas (grado de recomendación D).

La guía de la PTF contraindica (basándose en la ausencia de datos encontrados en la literatura) la prescripción de ejercicios con actividad física durante la primera semana en todos los casos de lumbalgia aguda, autorizándolos aunque no recomendándolos en los pacientes con lumbalgia subaguda intermitente o recurrente.

La guía del RC y la PP añaden que los programas de ejercicio y acondicionamiento físico pueden mejorar el dolor y los niveles funcionales en los pacientes con lumbalgia crónica, debiendo comenzar éstos alrededor de los seis meses.

Probablemente el estudio más relevante después de esta RS sea un artículo de revisión de Rainville et⁹ publicado en la revista The Spine Journal en enero de 2004, de forma que viene a coincidir con la RS de 2000 concluyendo que el ejercicio es seguro en los pacientes con lumbalgia crónica porque no incrementa el riesgo de futuras enfermedades en la espalda o ausencias en el trabajo; además existe suficiente evidencia que soporte el uso del ejercicio como herramienta terapéutica para mejorar la flexibilidad y el estiramiento de la espalda. Por otra parte, la mayor parte de los estudios han observado mejoría en el dolor global después de realizar programas de ejercicio y muchos han observado que el ejercicio puede disminuir los aspectos de comportamiento, cognitivos, afectivos y de incapacidad de los síndromes de dolor de espalda.

Bibliografía

1. Waddell G, McIntosh A, Hutchinson A, Feder G, Lewis M. Low Back Pain Evidence Review. London: Royal College of General Practitioners, 1999 (Review date: December 2001).

2. Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low back pain and sciatica. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD001254.
3. Van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise therapy for low back pain: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration back review group. Spine 2000; 25(21):2784-96.
4. Acute low back problems in adults: assessment and treatment. Acute Low Back Problems Guideline Panel. Agency for Health Care Policy and Research Am Fam Physician 1995;51(2):469-84.
5. Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, Nordin M, Avouac B, Blotman F et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. Spine 2000; 25(4 Suppl):1S-33S.
6. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain Phys Ther 2001; 81(10):1641-74. Notes: CORPORATE NAME: Philadelphia Panel.
7. Hilde G, Hagen KB, Jamtvedt G, Winnem M. Advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica. Cochrane Database Syst Rev 2002;(2):CD003632.
8. Rozenberg S, Delval C, Rezvani Y, Olivieri-Apicella N, Kuntz JL, Legrand E et al. Bed rest or normal activity for patients with acute low back pain: a randomized controlled trial. Spine 2002;27(14):1487-93.
9. Rainville J, Hartigan C, Martinez E, Limke J, Jouve C, Finno M. Exercise as a treatment for chronic low back pain. Spine J 2004; 4(1):106-15.

ACTUALIZACIONES II

Moderador: J. Díez Espino

Médico de familia. CS. Tafalla. Navarra.

Ponentes y contenido:

Actualizaciones top ten

P. Gayoso Díz

Médico de familia. Coordinadora Unidad Docente Medicina de Familia y Comunitaria. Orense.

Actualizaciones temáticas

Hipertensión arterial

M. Domínguez Sardiña

Médico de familia. CS Sárdoma. Vigo.

Diabetes Mellitus

J. García Soidan

Médico de familia. Responsable del Grupo de Diabetes de AGAMFEC. CS Porriño. Pontevedra.

Insuficiencia cardíaca

A.I. González González

Médico de familia. Área 10. Madrid. Grupo de Trabajo de Enfermedad Cardiovascular de semFYC.