



<http://www.elsevier.es/semergen>

411/18 - ESCALERA O ASCENSOR DE LA OMS

N. Cubelos Fernández¹, E. Bay Simón², A. Adlbi Sibar³

¹Medicina Familiar y Comunitaria. José Aguado. León. ²Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. San Andrés del Rabanedo. León. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Trobajo del Camino. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón 75 años, visto en centro de salud por dolor lumbar desde hace 3 años, que respondía a analgesia con paracetamol/ibuprofeno. Desde hace meses sin desencadenante aparente, el dolor empeoró en intensidad (EVA en movimiento 7-8). Se irradia hacia ambas piernas hasta la rodilla y en ocasiones sensación lancinante sin pérdida de fuerza. El dolor le obliga a caminar encorvado y claudica, por lo que se desplaza en bicicleta. AP: HTA, DM2, hipercolesterolemia, espondiloartrosis.

Exploración y pruebas complementarias: Física: independiente para todas las ABVD. Realiza actividades instrumentales y avanzadas. Nunca ha sufrido caídas. Mental: No signos de localidad neurológica. Insomnio de larga evolución de conciliación. Rx columna dorso-lumbar: signos de artrosis. Pérdida de altura de discos intervertebrales. RMN: espondiloartrosis generalizada con estenosis bilateral y reducción de calibre de canal central en los espacios L2-L3-L4 y L4-L5 donde posiblemente exista compromiso de raíces izquierdas L4 y L5 y ambas raíces L3. Hernias paramedial izquierda D11-D12 y derecha D12-L1 y voluminosa hernia paramedial izquierda L4-L5, todas ellas con material discal migrado caudalmente. Hernias paramedial izquierda y postero-lateral derecha L2-L3 y paramedial izquierda L3-L4.

Orientación diagnóstica: Estenosis de canal con dolor neuropático secundario.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia. Lumbociatalgia. Hernia lumbar.

Comentario final: La escala analgésica de la OMS (ascensor analgésico) es fundamental en el tratamiento del dolor en la consulta de AP. Se compone de 3 escalones y en todos ellos se pueden asociar coadyuvantes. 1^{er} escalón: analgésicos no opioides. En el paciente, comenzamos con Ibuprofeno alternando metamizol, sin mejoría. 2^º escalón: analgésicos no opioides + opioides débiles. Fue necesario comenzar con tramadol, primero solo y posteriormente alternado con paracetamol, sin mejoría. Asociamos pregabalina. 3^{er} escalón: Analgésicos no opioides + opioides potentes. Iniciamos tratamiento con tapentadol 50 mg/12h (asociando como coadyuvante pregabalina). Con esta dosis el dolor mejoró (EVA4-5) en 15 días, aunque precisó ocasionalmente analgesia de rescate. Se aumentó la dosis de tapentadol a 100 mg/12h debido al control del dolor y la adecuada tolerabilidad (EVA1-2) no necesitando posteriormente rescate. Este caso es un ejemplo de un paciente polimedicado que ha precisado un control del dolor por parte del médico de AP junto con el servicio de Farmacia y mantiene un buen control del dolor sin provocar efectos secundarios, con buena tolerabilidad. Esto influye directamente en la adherencia farmacológica.

Bibliografía

Sánchez Jiménez J, et al. Documento consenso dolor crónico no oncológico en atención primaria, 2016.

UpToDate.com. Overview of the treatment of chronic non-cancer pain. Octubre 2017.

Palabras clave: Escala analgésica. Dolor crónico. Hernia lumbar.