

Dolor después de una lesión en la médula espinal

Para obtener mayor información, contacte a su SCI Model System más cercano. Para obtener una lista de los SCI Model Systems, visite el sitio: <http://www.msktc.org/sci/model-system-centers>

Esta publicación ha sido elaborada por SCI Models Systems en colaboración con el centro Model Systems Knowledge Translation Center de la Universidad de Washington con financiamiento del National Institute on Disability and Rehabilitation Research [instituto nacional de investigación sobre discapacidad y rehabilitación] del Departamento de Educación de Estados Unidos. Donación No. HI 33A060070.

El problema del dolor después de una lesión en la médula espinal

El dolor es un problema grave para muchas personas con lesiones en la médula espinal (SCI, por sus siglas en inglés). Dolor después de una SCI puede ocurrir en partes del cuerpo donde hay sensación normal y en áreas donde hay poca o ninguna sensación. El dolor es muy real y puede tener un impacto negativo en la calidad de vida. Una persona con dolor severo podría tener dificultad para llevar a cabo actividades diarias o para participar en pasatiempos agradables.

La mayoría de las personas con una SCI reportan que tienen dolor crónico. Dolor crónico es dolor que no desaparece y que, por el contrario, dura meses o años. La causa del dolor puede ser desconocida, pero frecuentemente está relacionada con daño nervioso producto de la SCI o problemas musculoesqueléticos que surgen al lidiar con una SCI. El dolor puede ir y venir. Es difícil eliminar completamente el dolor crónico, pero con frecuencia se puede controlar o reducir lo suficiente como para no abrumar su vida.

El dolor crónico puede causar o empeorar problemas psicológicos como depresión, ansiedad y estrés. Esto no quiere decir que el dolor “está en su cabeza”, sino que el dolor y la angustia pueden empeorarse el uno al otro.

Aun cuando el dolor después de una SCI puede ser complicado y difícil de tratar, hay muchos tratamientos disponibles que pueden ayudar. Comprender el dolor y ser receptivo a una variedad de tratamientos puede ayudarle a controlar su dolor y mejorar su calidad de vida. Muchas personas con problemas difíciles de dolor crónico después de una SCI han hallado alivio usando técnicas que se describen aquí.

Tipos de dolor

Una persona con una SCI puede tener muchos tipos diferentes de dolor en diferentes lugares, inclusive áreas donde usualmente no hay sensación. Saber qué tipo de dolor usted tiene es clave para elegir el tratamiento correcto. Por lo tanto, su médico le pedirá que describa su dolor en una variedad de formas, inclusive los lugares donde se encuentra, la severidad, por cuánto tiempo lo ha tenido, qué lo empeora o mejora y más. Su médico también podría pedirle que se haga exámenes como un rayo-x o imagen de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés).

Dolor neuropático

El dolor neuropático (“dolor neurogénico”) es causado por comunicación anormal entre los nervios que se afectaron debido a su lesión en la médula

espinal y el cerebro, que es donde se interpretan las señales nerviosas que le informan al cerebro cómo su cuerpo siente. Se cree que con el dolor neuropático, el cerebro “malinterpreta” las señales que está recibiendo del área de su lesión y causa que usted experimente dolor que proviene de donde usted tiene poca o ninguna sensación. Es por esto que una persona puede sentir dolor neuropático en un área en donde no hay sensación.

Las personas usan palabras como quemazón, punzante o cosquilleo para describir dolor neuropático, pero el dolor neuropático varía mucho de una persona a otra. Con frecuencia, es muy difícil de tratar, y frecuentemente requiere usarse una combinación de tratamientos.

- *Nota:* Si el dolor comienza años después de la lesión, podría ser debido a un problema médico nuevo, tal como una siringe, una cavidad que se llena de fluido que se forma en la médula espinal. Es raro, pero tal vez requiera cirugía. Por lo tanto, es muy importante que contacte a su médico si nota alguna pérdida nueva de sensación, especialmente en las áreas alrededor del nivel de su lesión, y cualquier debilidad muscular que no mejora con descanso.

Dolor musculoesquelético

El dolor musculoesquelético es causado por problemas en los músculos, articulaciones o huesos. Es un problema común para todo el mundo según uno va entrando en edad, inclusive las personas con una SCI.

El dolor musculoesquelético puede ser causado por una lesión, uso excesivo o tensión, cambios artríticos, o desgaste de las articulaciones, con frecuencia debido al uso de una silla de ruedas (inclusive apoyo inadecuado para sentarse) y/o transferencias. Usualmente empeora con movimiento y mejora con descanso.

- Con frecuencia, dolor en las extremidades superiores (hombro, codo y mano) es causado por uso excesivo de los músculos como resultado de realizar transferencias y maniobras para aliviar presión y al empujar una silla de ruedas. Puede ocurrir meses o muchos años después de la lesión. Personas con lesiones en las extremidades superiores que usan com-

putadoras o palancas de mano para realizar muchas actividades (leer, comunicarse, controles ambientales) podrían desarrollar dolor en la mano, brazo u hombro debido a uso excesivo. Dolor en las extremidades superiores puede dificultar el que usted se transfiera de manera segura y que realice otras actividades del diario vivir.

- Dolor de espalda y cuello son problemas comunes. En personas con paraplejia que han tenido cirugía de fusión de espina dorsal, el aumento en movimiento que ocurre justo por encima y por debajo de la fusión puede resultar en dolor de espalda. Personas con tetraplejia (cuadriplejia) también tal vez tengan dolor de espalda, especialmente si pueden caminar pero todavía tienen debilidad. Personas que usan palancas que se operan con la barbilla o boca tal vez desarrollen dolor en el cuello.
- Dolor por espasmo muscular ocurre cuando los músculos y las articulaciones se tensan debido a espasticidad.

Dolor visceral

El dolor visceral está localizado en el abdomen (estómago y área digestiva) y con frecuencia se describe como calambre y/o no es punzante, pero es constante. Puede ser causado por un problema médico como constipación, una piedra en los riñones, una úlcera, piedra en la vesícula o apendicitis. Ya que la persona con una SCI tal vez no tenga los síntomas usuales asociados con estas condiciones médicas, es importante ver a un médico que haya tenido experiencia cuidando pacientes con SCI para obtener un diagnóstico y tratamiento correctos.

A veces, el dolor proveniente de un problema visceral se siente en un área alejada de la fuente del problema. Esto se llama dolor reflejo. Un ejemplo común es dolor en el hombro que es el resultado de enfermedades de la vesícula biliar.

Manejo del dolor después de una lesión en la médula espinal

Ya que el dolor puede tener muchas causas diferentes, no hay una sola manera de tratarlo. Usted y su médico tal vez necesiten una combinación

de medicamentos, terapia y otros tratamientos, inclusive tratamientos psicológicos, y esto tal vez requiera algún tiempo para que trabaje.

Tratamientos e intervenciones físicas

- Modificación de actividades para el dolor musculoesquelético. Cambios en su equipo de movilidad (silla de ruedas, rampa), sus técnicas para empujar y transferirse de la silla de ruedas, y la manera en la que usted practica alivios de presión pueden reducir significativamente el dolor en sus músculos y articulaciones. Ejercicios que fortalecen y balancean sus articulaciones también pueden reducir el dolor musculoesquelético. Para obtener información, por favor consulte el suplemento “Modificación de actividad para dolor musculoesquelético.”
- La terapia física se usa para tratar el dolor musculoesquelético. Estirarse y ejercicios de alcance de movimiento podrían ayudar a aliviar dolor asociado con tensión muscular. Ejercicios que fortalecen músculos débiles pueden restaurar balance en articulaciones dolorosas y reducir dolor.
- Masaje terapéutico podría ayudar a reducir dolor musculoesquelético causado por rigidez o desbalance muscular.
- La acupuntura se usa para tratar dolor musculoesquelético. Pequeñas agujas son insertadas en la piel en puntos específicos del cuerpo. Se cree que este método trabaja al estimular el sistema de control de dolor del cuerpo o al bloquear el flujo de dolor.
- A veces se usa estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS, por sus siglas en inglés) para tratar dolor musculoesquelético. Se colocan electrodos en la superficie de su piel y estos envían niveles bajos de corriente eléctrica a su cuerpo. La corriente bloquea las señales de las áreas donde hay daño en los nervios que están precipitando una reacción de dolor.

Tratamientos psicológicos

Sabemos que las personas pueden aprender a usar técnicas psicológicas para ayudarles a manejar mejor el dolor de manera que este no controle sus vidas. Psicólogos adiestrados en manejo del dolor pueden ayudar con una variedad de

técnicas cuya efectividad para reducir la intensidad e impacto del dolor ha sido comprobada.

- Técnicas de relajación y/o biofeedback diseñadas para enseñarle cómo reducir la tensión del dolor muscular y la “tensión mental” asociadas con dolor pueden ayudar en el auto-manejo del dolor.
- Se ha comprobado que adiestramiento en auto-hipnosis puede ayudar a reducir dolor crónico en algunas personas.
- Reestructuración cognitiva. Aprender a cómo pensar de manera diferente acerca del dolor y sus efectos puede resultar en cambios en actividad cerebral y, por ende, cambiar la experiencia de sentir dolor.
- Terapia individual diseñada a ayudar a identificar metas deseadas y a aumentar el disfrute y el significado del diario vivir puede ayudar a reducir el dolor. La terapia también puede ayudar si hay una cantidad significativa de ansiedad asociada con el dolor.

Medicamentos

Hay muchos medicamentos diferentes para tratar el dolor. Todos los medicamentos que se mencionan a continuación han demostrado algún éxito en reducir dolor, pero ninguno lo hace completamente en toda ocasión. Todos tienen posibles efectos secundarios, algunos de los cuales pueden ser graves. Discuta todos los efectos secundarios con su médico. A veces, combinaciones de medicamentos trabajan mejor que un solo medicamento.

- Medicamentos anti-inflamatorios sin esteroide (NSAIDS, por sus siglas en inglés) como aspirina, ibuprofeno (Motrin, Advil) y naproxeno se usan mayormente para tratar dolor musculoesquelético. Efectos secundarios pudieran incluir malestar estomacal o problemas de pérdida de sangre.
- Medicamentos antiepilépticos tales como gabapentina (Neurontin) y Pregabalin (Lyrica) son usados para tratar dolor neuropático. Efectos secundarios incluyen mareos, somnolencia e inflamación.
- Antidepresivos son usados para tratar dolor neuropático y depresión. Estos medicamentos

incluyen inhibidores selectivos de la recaptación de la norepinefrina (SSNRI, por sus siglas en inglés), tales como venlafaxina (Effexor) y tricíclicos, tales como amitriptilina (Elavil). Efectos secundarios incluyen boca seca, somnolencia, mareos (con SSNRI) y náusea.

- Narcóticos (opiatos) como morfina, codeína, hidrocodona y oxicodona se usan para tratar dolor neuropático y musculoesquelético. Estos medicamentos tienen muchos efectos secundarios, inclusive constipación y somnolencia, y pueden ser adictivos. Usted pudiese también desarrollar dependencia en estos medicamentos y sufrir síntomas de desintoxicación si los deja de tomar repentinamente. Sin embargo, pueden ser usados efectivamente por muchas personas, y aunque no son los primeros que se consideran para controlar el dolor crónico, no deben ser desestimados debido a miedo a crear dependencia o a efectos secundarios.
- Relajantes musculares y medicamentos anti-espasticidad como diazepam (Valium), baclofeno (Lioresal) y tizanidina (Zanaflex) se usan para tratar dolor relacionado con espasmos y dolor musculoesquelético. Estos se deben tomar por boca o administrar directamente a la médula espinal a través de una pompa implantada (consulte “pompas intratecales” a continuación). Estos medicamentos pueden causar somnolencia, confusión y otros efectos secundarios.
- Anestésicos locales tópicos tales como lidocaína (Lidoderm) son usados para tratar dolor que ocurre cuando la piel se toca ligeramente (llamado alodinia).

Tratamientos quirúrgicos

- Un estimulador de la columna dorsal es usado para tratar dolor neuropático debido a daño en la raíz del nervio. Un estimulador nervioso de alta frecuencia y baja intensidad es colocado quirúrgicamente en el canal espinal próximo a la médula espinal o a raíces nerviosas.
- Pompas intratecales son usadas para tratar dolor neuropático (usando morfina) o para dolor muscular relacionado con espasmos musculares (usando baclofeno). Una pompa

que contiene morfina o baclofeno se coloca quirúrgicamente debajo de la piel en el abdomen. Lleva el medicamento directamente a la médula espinal y a las raíces nerviosas.

Prevención y auto-cuidado

- Reciba tratamientos para problemas médicos. La salud general puede tener un gran impacto en el dolor. Infecciones del tracto urinario, problemas intestinales, problemas de la piel, problemas del sueño y espasticidad pueden empeorar el dolor o hacer que sea más difícil tratarlo. Mantenerse lo más saludable posible puede ayudar a reducir el dolor.
- Trate de hacer la mayor cantidad de ejercicio posible. Hacer actividad física con regularidad puede reducir el dolor y mejorar el estado de ánimo y la salud en general. También puede ser placentero y distraerle del dolor. Su proveedor de atención médica puede ayudarle a elegir actividades físicas que sean seguras y apropiadas para usted. También consulte el suplemento “Modificación de actividad para dolor musculoesquelético”.
- Obtenga tratamiento para la depresión. La depresión puede empeorar el dolor. Se trata mejor con consejería y medicamentos. Obtener tratamiento para depresión puede ayudarle a lidiar con dolor crónico y mejorar su calidad de vida.
- Reduzca el estrés. El estrés puede empeorar el dolor o dificultar el manejo del estrés. Usted puede aprender a controlar el estrés a través de consejería y aprendiendo técnicas para ayudarle a reducir el estrés y la tensión, como adiestramiento de relajación, bioalimentación e hipnosis. El ejercicio ayuda a reducir el estrés.
- Distráigase. La distracción es uno de los mejores métodos para lidiar con el dolor crónico. Participar en actividades que disfruta puede ayudar a reducir el dolor y a sentir control de su vida, especialmente cuando el dolor está peor. Cuando está aburrido e inactivo, usted tiende a enfocarse más en su dolor, y esto puede hacer que el dolor se sienta peor.

- Lleve un registro. El dolor de cada persona es un poco diferente. Lleve un registro de lo que le hace sentir mejor y lo que hace que el dolor se sienta peor. Saber cuáles son las cosas que afectan su dolor le ayudarán a que usted y su médico hallen maneras efectivas de reducir su dolor.
- Pida que le hagan una evaluación de la manera en que se sienta en su silla de ruedas. Mala postura y estar sentado de manera inapropiada puede causar problemas graves de dolor. Pida que un terapeuta físico evalúe cómo usted se sienta en la silla de ruedas. Si usa una silla de ruedas manual, trate de obtener una silla de alta potencia, hecha a la medida con los materiales más livianos posibles (aluminio o titanio). Aprenda sobre propulsión (empujar) correcta de silla de ruedas de parte de un terapeuta físico. (Consulte el suplemento “Modificación de actividad para dolor musculoesquelético”.)
- No use alcohol para aliviar el dolor. Usar alcohol como medicamento para el dolor puede resultar en abuso de alcohol y otros problemas graves. Algunos medicamentos no deben ser mezclados con alcohol. Pregúntele a su médico sobre el uso de alcohol, y siempre lea las etiquetas de sus recetas.

Para hallar ayuda

Si tiene dolor, es importante que reciba tratamiento para el mismo. La fuente de ayuda ideal pudiera ser un médico o psicólogo familiarizado con SCI y manejo de dolor, que trabajen juntos.

Si usted no tiene acceso fácil a esos expertos, la siguiente mejor alternativa es buscar ayuda de una clínica multidisciplinaria para el dolor donde médicos y psicólogos estén disponibles. Trabaje de cerca con un proveedor de atención médica con quien se sienta cómodo y que entienda su condición.

El dolor crónico no es un caso perdido. Trate de no desanimarse si un tratamiento no trabaja, y sea receptivo a tratar una variedad de técnicas diferentes. Aunque alivio completo de dolor no sea posible, vivir mejor a pesar del dolor es una meta realista.

Recursos (en inglés)

Pain Connection, <http://www.painconnection.org>

CareCure Community Moderated Forums, incluye un foro sobre dolor. <http://sci.rutgers.edu/forum/>

Referencia

Consortium for Spinal Cord Medicine. Preservation of upper limb function following spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care professionals. *J Spinal Cord Med* 2005;28:433-70.

Fuente

El contenido de nuestra información de salud está basado en evidencia investigativa y/o consenso profesional, y ha sido revisado y aprobado por un equipo editorial de expertos de SCI Model Systems.

Autoría

“Dolor después de una lesión en la médula espinal” fue desarrollado por J. Scott Richards, PhD, Trevor Dyson-Hudson, MD, Thomas N. Bryce, MD, y Anthony Chiodo, MD, en colaboración con el Model Systems Knowledge Translation Center.

Porciones de este documento fueron adaptadas de materiales desarrollados por UAB SCI Model System, University of Michigan Model SCI Care System, Northwest Regional SCI System y Craig Hospital.



Spinal Cord Injury Model System

SCIMS | NIDRR

A NIDRR Funded Program

Dolor después de una lesión en la médula espinal

SUPLEMENTO: Modificación de actividad para dolor musculoesquelético

Para obtener mayor información, contacte a su SCI Model System más cercano. Para obtener una lista de los SCI Model Systems, visite el sitio: <http://www.msktc.org/sci/model-system-centers>

Esta publicación ha sido elaborada por SCI Models Systems en colaboración con el centro Model Systems Knowledge Translation Center de la Universidad de Washington con financiamiento del National Institute on Disability and Rehabilitation Research [instituto nacional de investigación sobre discapacidad y rehabilitación] del Departamento de Educación de Estados Unidos. Donación No. H133A060070.

Ejercicio

- Casi todo el mundo se puede beneficiar de un programa de ejercicios que incluya entrenamiento de resistencia para los músculos que estabilizan el hombro. Esto ayudará a prevenir que ocurra dolor en el hombro y a tratar dolor relacionado con uso excesivo. Músculos fuertes tienen menos probabilidad de lastimarse. Hable con su médico o terapeuta sobre cómo comenzar un programa de ejercicios de resistencia que haga énfasis en los músculos que con frecuencia son descuidados durante las actividades del diario vivir, como transferencias y propulsión de la silla de ruedas.
- Para ejercicio cardiovascular, use equipo ergonómico para extremidades superiores, como una bicicleta estacionaria propulsada por los brazos, o una silla de rueda propulsada por una manivela. También puede boxear con una pera de boxeo en vez de usar una silla de ruedas manual para hacer ejercicio. Este equipo reducirá el estrés en los hombros y en las muñecas.
- Asegúrese que su espalda y los músculos de los hombros estén lo suficientemente fuertes para realizar las actividades de rodar y transferencias. Es especialmente importante que haya un balance entre su lado izquierdo y derecho. Pídale a su terapeuta físico que le evalúe y que le instruya acerca de ejercicios de fortalecimiento si usted los necesita.

El uso de la silla de ruedas

- Empujar repetitivamente las ruedas de la silla de ruedas es una actividad que causa dolor musculoesquelético. Considere obtener una silla de ruedas motorizada si:
 - Tiene dolor significativo en las extremidades superiores (hombro, codo o mano).
 - Tiene tetraplejia (cuadriplejia).
 - Tiene una lesión previa en una extremidad superior.
 - Tiene sobrepeso.
 - Está en la tercera edad.
 - Vive en un ambiente retador como en el tope de una colina empinada o cerca de terreno difícil.
- Si usa una silla de ruedas manual, asegúrese que es el modelo más liviano (hecha de aluminio o titanio) que pueda comprar o que su seguro pague. Los modelos livianos tienen menos peso que usted tiene que empujar y con frecuencia pueden ser adaptados a su gusto para que se le haga más fácil propulsar la silla.

- Si usa una silla de ruedas manual, reduzca la cantidad de brazadas que usa por distancia que viaja. En lugar de dar brazadas cortas y rápidas, dé brazadas más alargadas y fluidas.
- Si usa una silla de ruedas manual, asegúrese de que esté en buenas condiciones y preparada para que la pueda usar con esfuerzo mínimo. Pídale a su terapeuta que examine si su asiento está en la posición correcta con relación al eje posterior. También pídale que determine si la silla y el almohadón le proveen buena estabilidad.
- Pídale a un profesional de rehabilitación que le evalúe periódicamente su técnica de sentarse, la postura y la manera en que empuja su silla de ruedas ya que sus necesidades, hábitos o actividades pudiesen cambiar con el tiempo.
- Mantenga las llantas bien infladas para minimizar resistencia al deslizarse.
- Deslice su silla sobre concreto o linóleo en lugar de arena, grama o alfombras densas. Menos resistencia en sus llantas alivia la carga en sus brazos.

Salud de los hombros

- Minimice la frecuencia de las tareas de los brazos/manos, especialmente tareas que requieren levantar cosas pesadas por encima de sus hombros. Permita que alguien le alcance ese libro que está en una tablilla alta.
- Si es posible, no realice tareas repetitivamente que requieran elevar su mano por encima de su hombro. Esto tal vez requiera reorganizar su casa. Hable con su terapeuta ocupacional sobre maneras de hacer eso.
- Minimice levantar cosas pesadas. Si no tiene a alguien que le levante cosas pesadas, sostenga lo que necesite levantar cerca de su pecho en lugar de hacerlo con el brazo estirado.
- Evite practicar alivios de presión que requieren empujarse hacia arriba (moviendo el peso del cuerpo), lo cual puede perjudicar la articulación del hombro. En lugar de eso, realice alivios de presión de un lado a otro o inclinándose hacia el frente. Trabaje con un terapeuta para aprender la técnica adecuada de estos mé-

todos o consulte la hoja informativa MSKTC “Cómo hacer alivios de presión (cambios de peso)” antes de discontinuar movimientos que requieren empujarse hacia arriba.

Transferencias

- La cosa más pesada que usted generalmente levanta es a sí mismo. Reduzca la cantidad de transferencias que realiza a diario y hágalas de manera que minimicen el riesgo de lesiones.
- Transferirse de un punto alto a uno bajo no pone tanta presión en sus muñecas, codos y hombros como transferirse de un punto bajo a uno más alto. Es mejor hacer dos niveles de transferencias de nivel en lugar de una hacia abajo seguida por una hacia arriba.
- Use rampas u otros aparatos (como ascensores) para realizar transferencias.
- Cuando se transfiera use una agarradera, si está disponible, en lugar de poner su mano en una superficie plana.
- Cuando se transfiera, no esparza su mano de manera plana ni descance sobre ella. Cierre el puño y descance sobre sus nudillos.
- Cuando se transfiera, coloque sus manos lo más cerca posible a su cuerpo de manera que sus brazos estén completamente estirados y que su cuerpo esté entre ellos.
- Cuando se transfiera, alterne los brazos que usa como el brazo principal para realizar la transferencia. El brazo principal y el que le sigue durante las transferencias usan diferentes músculos, y alternarlos mantiene los músculos balanceados.
- Mantenga su peso ideal. Tener sobrepeso no es bueno para sus hombros, brazos y muñecas cuando se transfiere o empuja su silla de ruedas.

Referencia

Consortium for Spinal Cord Medicine. Preservation of upper limb function following spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care professionals. *J Spinal Cord Med* 2005;28:433-70.

Fuente

El contenido de nuestra información de salud está basado en evidencia investigativa y/o consenso profesional, y ha sido revisado y aprobado por un equipo editorial de expertos de SCI Model Systems.

Autoría

“Dolor después de una lesión en la médula espinal“ fue desarrollado por J. Scott Richards, PhD, Trevor Dyson-Hudson, MD, Thomas N. Bryce, MD, y Anthony Chiodo, MD, en colaboración con el Model Systems Knowledge Translation Center.

Porciones de este documento fueron adaptadas de materiales desarrollados por UAB SCI Model System, University of Michigan Model SCI Care System, Northwest Regional SCI System y Craig Hospital.

