

A watercolor illustration of a person from the back, holding a large bouquet of flowers. The person's head is a reddish-orange color, and their torso is a lighter orange. The bouquet is composed of various flowers in shades of yellow, orange, and red, with green stems and leaves. The background is a light blue wash. The text "KNOW LOW BACK PAIN" is overlaid in the center in white, bold, sans-serif font.

**KNOW
LOW BACK
PAIN**



Comité de Desarrollo

Mario H. Cardiel, MD, MSc
Rheumatologist
Morelia, Mexico

Supranee Niruthisard, MD
Pain Specialist
Bangkok, Thailand

Jose Antonio San Juan, MD
Orthopedic Surgeon
Cebu City, Philippines

Andrei Danilov, MD, DSc
Neurologist
Moscow, Russia

Germán Ochoa, MD
Orthopedist
Bogotá, Colombia

Ammar Salti, MD
Consultant Anesthetist
Abu Dhabi, United Arab Emirates

Smail Daoudi, MD
Neurologist
Tizi Ouzou, Algeria

Milton Raff, MD, BSc
Consultant Anesthetist
Cape Town, South Africa

Xinping Tian, MD
Rheumatologist
Beijing, China

João Batista S. Garcia, MD, PhD
Anesthesiologist
São Luis, Brazil

Raymond L. Rosales, MD, PhD
Neurologist
Manila, Philippines

Işin Ünal-Çevik, MD, PhD
Neurologist, Neuroscientist and
Pain Specialist
Ankara, Turkey

Yuzhou Guan, MD
Neurologist
Beijing, China



Objetivos de Aprendizaje

- Al terminar este módulo, los participantes podrán :
 - Discutir la prevalencia de la lumbalgia aguda y crónica
 - Entender el impacto de la lumbalgia en el funcionamiento y calidad de vida del paciente
 - Usar herramientas apropiadas para el diagnóstico de lumbalgia
 - Identificar señales de advertencia y de alarma que indiquen que el paciente debe ser referido o que indiquen investigación adicional
 - Explicar los mecanismos subyacentes de diferentes tipos de lumbalgia
 - Seleccionar estrategias farmacológicas y no-farmacológicas apropiadas para el manejo de lumbalgia

MANEJO

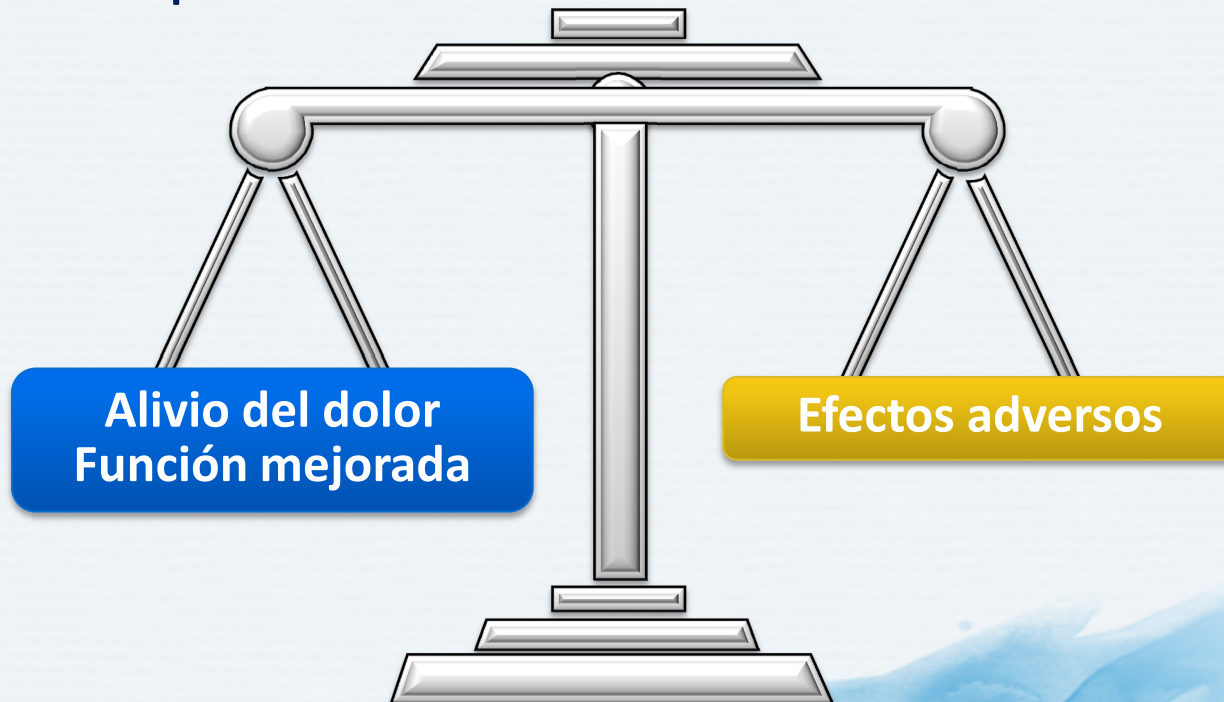


Metas del Tratamiento

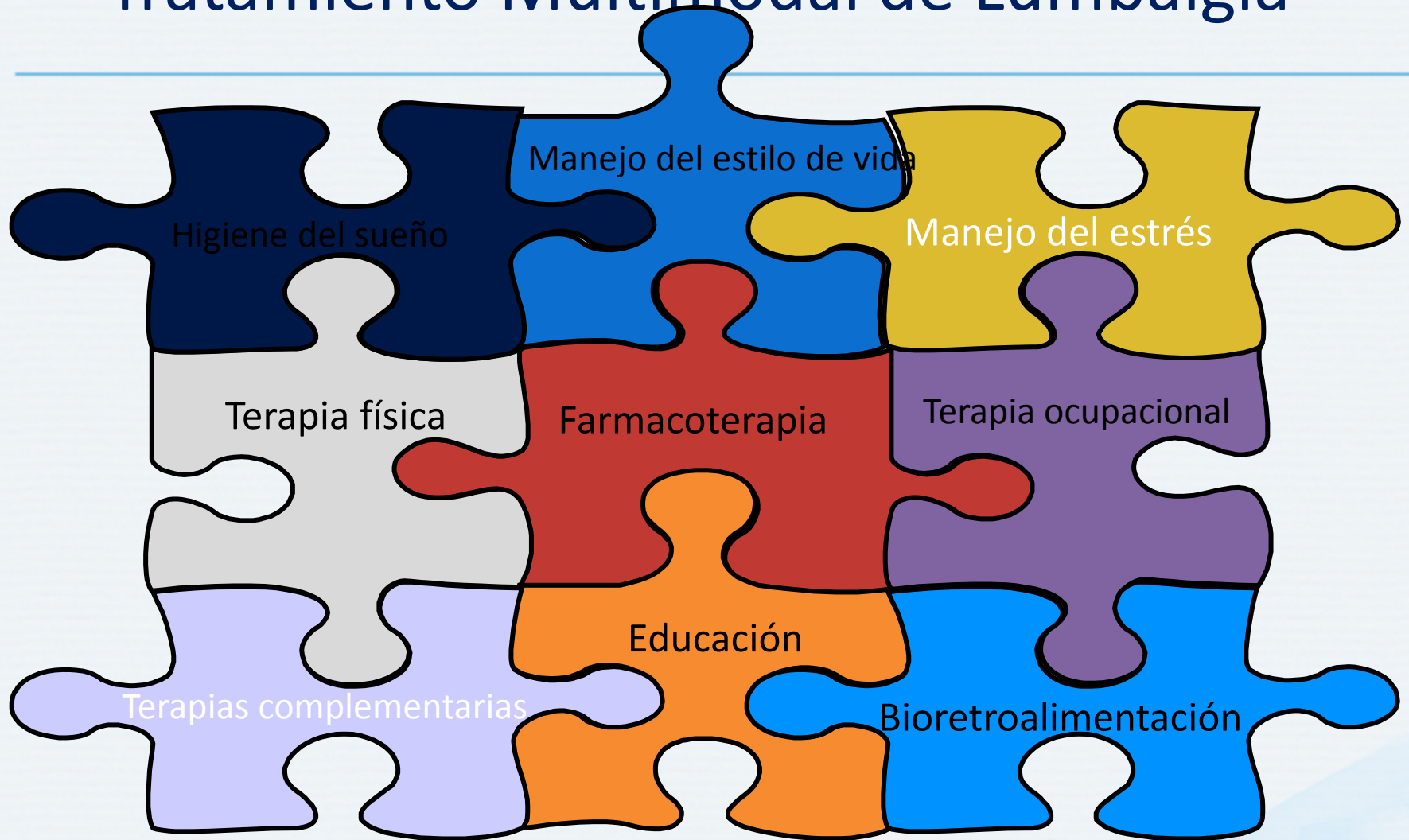


Metas en el Manejo del Dolor


- Involucrar al paciente en el proceso de la toma de decisiones
- Acordar las metas realistas del tratamiento **antes de iniciar** un plan de tratamiento



Tratamiento Multimodal de Lumbalgia



Tratamiento No-farmacológico



Tratamientos No-farmacológicos para Lumbalgia

Evidencia de efectividad moderada

Terapia y ejercicio	Moderadamente efectivo en el alivio del dolor y en la mejora funcional en adultos con lumbalgia
---------------------	---

Terapia cognitiva conductual	Puede reducir el dolor y la discapacidad en pacientes con lumbalgia crónica y subaguda
------------------------------	--

Rehabilitación biopsi multidisciplinaria interdisciplinaria	
---	--

Masaje	
--------	--

Yoga	
------	--

Terapia de calor	
------------------	--

Colchón medianamente firme	
----------------------------	--

Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea	
--	--

	Controversial con evidencia a favor y en contra
--	---

Suficiente evidencia de efectividad

Tratamiento centrado en la función	Más efectivo que el tratamiento centrado en el dolor para aumentar los días en que el paciente puede trabajar en sujetos con lumbalgia subaguda que dura más de 6 semanas
------------------------------------	---

Acupuntura	Más efectivo que la terapia convencional pero no más efectivo que la acupuntura sham (falsa)
------------	--

La evidencia sugiere que el reposo en cama y la tracción **No** son útiles



Enfoque Recomendado para el Tratamiento de Lumbalgia

El enfoque multidisciplinario y las intervenciones físicas y psicológicas combinadas con terapia cognitiva conductual y ejercicio son altamente recomendadas para pacientes con un alto grado de discapacidad y/o angustia psicológica importante que han recibido cuando menos un tratamiento intensivo.



Recomendaciones para Volver a Trabajar para Pacientes con Lumbalgia

Alto Nivel de Evidencia

- **Lumbalgia Aguda** (duración <6 semanas), no-específica o asociada con dolor neuropático (mixta):
 - los pacientes deben permanecer activos
 - los pacientes deben continuar con sus actividades ocupacionales cotidianas con algunas restricciones iniciales
 - Busque señales de alerta, especialmente factores ocupaciones psicosociales
- **Lumbalgia Subaguda** (duración de 6–12 semanas):
 - Siga buscando señales de alerta
 - Refiera al paciente a un programa de rehabilitación intensivo
 - Motive al paciente a permanecer activo



Recomendaciones Terapéuticas para Pacientes con Lumbalgia

Terapia manual (nivel moderado de evidencia):


- Las técnicas deben ser realizadas por personal entrenado y certificado
- Las técnicas nunca deben ser realizadas si existen señales de alarma
- Las técnicas incluyen:
 - **Manipulación espinal**
 - En dolor agudo y crónico
 - Pueden dar lugar a mejoras a corto-plazo
 - **Masaje**
 - **Osteopatía**



Recomendaciones Terapéuticas para Pacientes con Lumbalgia (continúa)

(Rehabilitación interdisciplinaria intensiva (calidad moderada de evidencia))

- Actividad física y terapia de ejercicio
- Use activamente en lumbalgia subaguda y crónica
- Ninguna técnica es mejor que otra
- Las técnicas incluyen:
 - **Escuela de espalda**
 - **Aerobics**
 - **Estiramiento**
 - **Hidroterapia**
 - **Ejercicios de estabilización lumbar**



Recomendaciones Terapéuticas para Pacientes con Lumbalgia (continúa)

Acupuntura (calidad moderada de evidencia)

- Debe ser prescrita como complemento y parte de un proceso interdisciplinario

Yoga (calidad moderada de evidencia)

Trabajo interdisciplinario

- Trabajo en equipo (clínicas de dolor) (calidad convincente de evidencia)

Terapia cognitivo conductual (calidad moderada de evidencia)

- Los factores biológicos, psicológicos y sociales deben ser tratados simultáneamente
- Debe ser combinada con otras terapias
- Actúa en estrés afectivo, auto-suficiencia, pensamiento catastrófico, ganancias secundarias



Recomendaciones Terapéuticas para Pacientes con Lumbalgia (continúa)

Medidas físicas

- **Calor superficial (buena evidencia)** – sólo en lumbalgia aguda

- **Corriente interferencial**

- **Estimulación muscular con electricidad**

- **Ultrasonido**

- **Compresas frías y calientes**

- **Neuroestimulación eléctrica transcutánea**



Poca evidencia para recomendar



Vitaminas y Productos Herbales para el Manejo de Lumbalgia

- Las vitaminas incluyen B1, B6, B12 y C
- Los minerales incluyen zinc y magnesio
- Otros productos incluyen glucosamina, garra del diablo (Harpagophytum), corteza de sauce, chile (cápsico) y bromelina
- Los mecanismos de acción se desconocen
 - Ciertas vitaminas B pueden tener propiedades antiinflamatorias y anti-nociceptivas
- La evidencia es insuficiente para recomendar cualquiera de estos productos para el manejo de lumbalgia



Enfoques con Recomendación No-terapéutica para el Manejo de Lumbalgia

- **Reposo en cama**
- **Tracción** (sostenida o intermitente)
- **Soporte lumbar externo**
- **Terapia de láser**
- **Bioretroalimentación**
- **Proloterapia**
 - Inyección con un agente esclerosante (20–30 mL) con una mezcla de dextrosa, glicerina, fenol, y lidocaína en las articulaciones o ligamentos afectados



Cirugía para Aliviar Lumbalgia

- La calidad de la evidencia es débil y contradictoria
- Los pacientes con depresión, neurosis, ganancia secundaria, demandas legales, y ciertos trastornos de personalidad no son candidatos para cirugía y deben ser tratados conservadoramente
- Establezca la causa exacta de la lumbalgia crónica
- Los cambios degenerativos no pueden ser las únicas razones
- La cirugía no es útil en presencia de inestabilidad, patología grave, o compresión neuronal
- No existen diferencias entre varios elementos para fusión
- En radiculopatía, la cirugía temprana mejora el dolor más rápidamente que el tratamiento conservador
 - El resultado final a los 24 meses es el mismo con o sin cirugía
- En estenosis espinal, la cirugía brinda más alivio que el tratamiento conservador



Procedimientos Quirúrgicos No Recomendados

- **Calidad de la evidencia convincente para recomendación negativa**
 - **Artroplastía de disco**
 - Sin diferencias de artrodesis (fusión)
 - Resultados pobres en casos de lumbalgia no-específica
 - **Estabilización dinámica** (espaciadores dinámicos o estáticos)
 - Sin evidencia que soporte su uso en lumbalgia crónica
 - **Electroterapia intradiscal (IDET)**
 - Alivio del dolor muy modesto
 - **Nucleoplastía**
 - La mejora en dolor axial es menor del 50%

Tratamiento Invasivo/Quirúrgico para Lumbalgia*

Procedimiento	Detalles
Estimulación de la médula espinal	<ul style="list-style-type: none">• Puede reducir el dolor en pacientes en quienes la cirugía no fue exitosa
Inyección de esteroides facetaria/epidural	<ul style="list-style-type: none">• NO hay diferencias importantes en el control de la lumbalgia a las 24 horas, 3–6 meses o 1 año post-inyección• NO hay diferencias importantes en la en la discapacidad funcional promedio o en la necesidad de cirugía
Cirugía espinal Fusión <i>in situ</i> /instrumentación posterior / instrumentación anterior	<ul style="list-style-type: none">• NO hay diferencias importantes en comparación con el manejo conservador más ejercicios de rehabilitación.• Los procedimientos quirúrgicos aumentan el índice de fusión, pero NO mejoran los resultados clínicos• Los procedimientos quirúrgicos resultan en más complicaciones

***El nivel de evidencia es moderado para todos los procedimientos mencionados**

Brox JI *et al. Spine (Phila Pa 1976)* 2003; 28(17):1913-21; Chou R *et al. Spine (Phila Pa 1976)* 2009 May 1;34(10):1066-77;

Manchikanti L *et al. Pain Physician* 2009; 12(4):699-802; Ramos-Remus CR *et al. Curr Med Res Opin* 2004; 20(5):691-8;

Savigny P *et al. Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain*. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009; Staal JB *et al. Spine (Phila Pa 1976)* 2009; 34(1):49-59;

Toward Optimized Practice. *Guidelines for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain*. Edmonton, AB: 2009.

Tratamiento Farmacológico

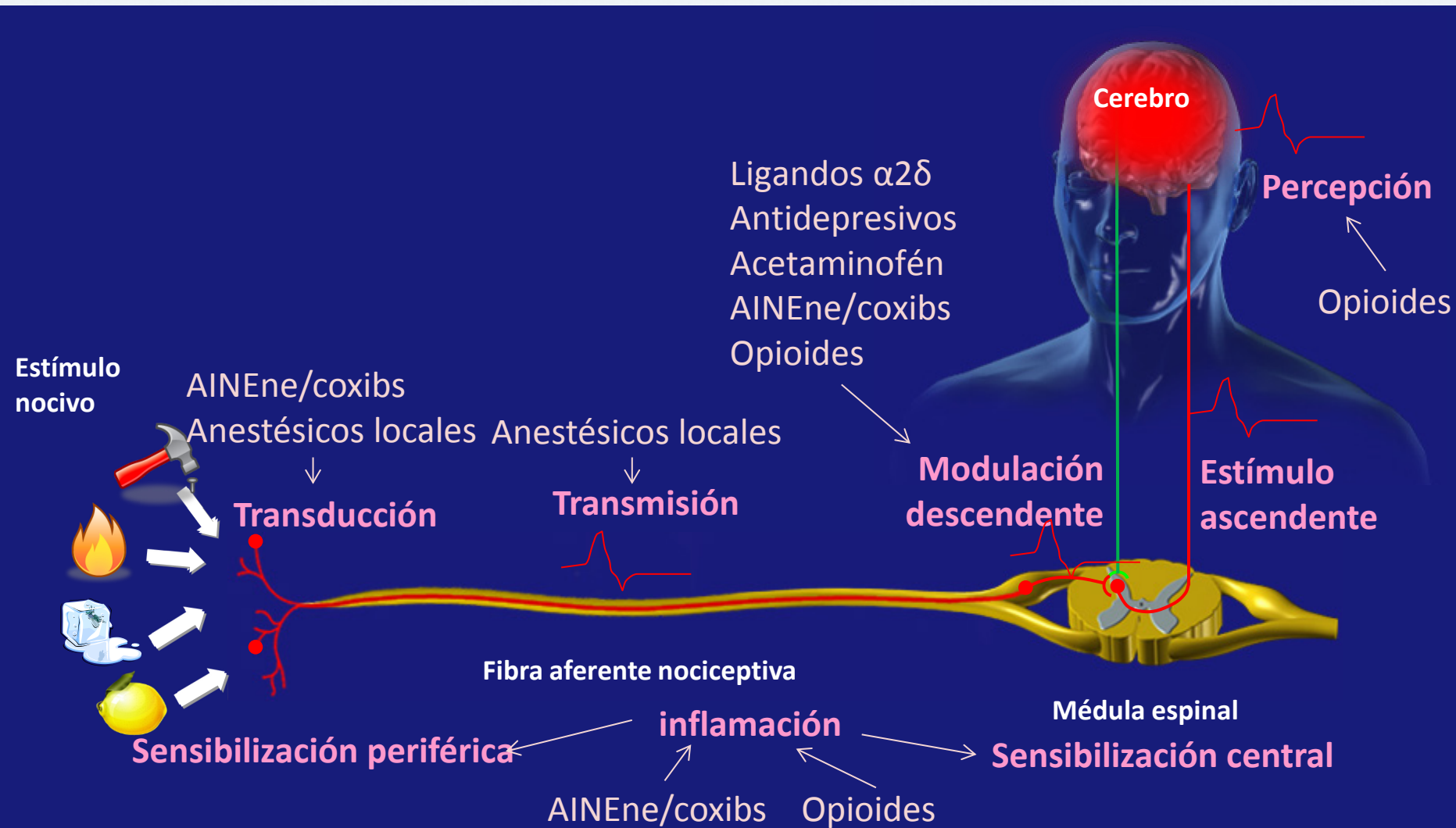




Farmacoterapia para Lumbalgia

- El tratamiento debe balancear las expectativas del paciente sobre el alivio del dolor con el posible efecto analgésico de la terapia
- Los pacientes deben ser educados acerca del medicamento, los objetivos del tratamiento y los resultados esperados
- Los factores psicosociales y los conflictos emocionales son factores de predicción más importantes del resultado del tratamiento que los hallazgos del examen físico o la duración y severidad del dolor

Tratamiento Farmacológico de Dolor Nociceptivo/Inflamatorio Basado en el Mecanismo



Coxib = inhibidor específico de COX-2; AINEne = droga antiinflamatoria no-esteroidea no-específica

Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl):1062-7.

Acetaminofén para el Manejo de Lumbalgia

Eficacia	Seguridad	Mecanismo de Acción
<ul style="list-style-type: none">• Efectivo• Mayor eficacia agregando AINEs o coxibs	<ul style="list-style-type: none">• Perfil de seguridad favorable y bajo costo• Puede causar daño hepático a dosis mayores de 4 g/día	<ul style="list-style-type: none">• No es claro

Acetaminofén es la opción de primera-línea en lumbalgia aguda y crónica.

Coxib = inhibidor específico de COX-2; AINEs = droga antiinflamatoria no-esteroidea no-específica

Chou R *et al.* *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee C *et al.* *Arthritis Rheum* 2004; 51(5):746-54; Lee J *et al.* *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20;

Mattia A, Coluzzi F. *Minerva Anestesiol* 2009; 75(11):644-53; Watkins PB *et al.* *JAMA* 2006; 296(1):87-93.

AINe/Coxibs para el Manejo de Lumbalgia


Eficacia	Seguridad	Mecanismo de Acción
<ul style="list-style-type: none">• Efectivo• Más efectivo que Acetaminofén solo• Mayor eficacia en combinación con acetaminofén	<ul style="list-style-type: none">• Riesgo gastrointestinal• Riesgo cardiovascular• Riesgo renal	<ul style="list-style-type: none">• Bloquea la acción de la enzima COX-2, que es inducida por el estímulo inflamatorio y resulta en mayor producción de prostaglandinas• Los Coxibs inhiben específicamente COX-2, mientras que los AINe bloquean la acción de la enzima COX-2 y COX-1 que participa en la citoprotección gastrointestinal y en la actividad plaquetaria

Opción de primera-línea en lumbalgia aguda y crónica

IC = intervalo de confianza; coxib = inhibidor específico de COX-2 ; AINe= droga antiinflamatoria no esteroidea no-selectiva; RR = riesgo relativo

Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Schnitzer TJ et al. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28(1):72-95;

van Tulder M et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2:CD000396; Vane JR, Botting RM. *Inflamm Res* 1995;44(1):1-10.



AINe/Coxibs para el Manejo de Lumbalgia

Recomendaciones Generales

- Un AINe o coxib puede estar indicado cuando un analgésico antiinflamatorio es recomendado
- Considere el riesgo individual de los efectos secundarios
 - Especialmente en adultos mayores y personas con mayor riesgo de efectos secundarios
- Considere referir al paciente



Recomendaciones para el Uso de AINEs y Coxibs

- Para personas mayores de 45 años, los AINEs y coxibs deben ser co-prescritos con un PPI

Coxib = inhibidor específico de COX-2 ; AINEs= droga antiinflamatoria no esteroidea no-selectiva;

Savigny P et al. *Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain.*

National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009.

AINEs Usados Comúnmente para Manejar Lumbalgia

Droga	Dosis oral	Dosis Máxima Diaria
Derivados del ácido propiónico <ul style="list-style-type: none">IbuprofenoNaproxeno	<ul style="list-style-type: none">200–400 mg cada 48 h250 mg 3 o 4 veces al día	<ul style="list-style-type: none">3200 mg1250 mg
Derivados del ácido acético <ul style="list-style-type: none">SulindacEtodolacKetorolacoDiclofenaco	<ul style="list-style-type: none">150–200 mg cada 12 h200–400 mg 3 o 4 veces/día10 mg cada 4–6 h50 mg cada 8 h	<ul style="list-style-type: none">1000 mg40 mg (5 días máximo)150 mg
Derivados del ácido enólico <ul style="list-style-type: none">PiroxicamMeloxicamNabumetone	<ul style="list-style-type: none">10–20 mg cada 12 h7.5–15 mg/día500–1000 mg cada 12–24 h	<ul style="list-style-type: none">20 mg15 mg2000 mg
Coxibs <ul style="list-style-type: none">Celecoxib	<ul style="list-style-type: none">100–200 mg cada 12 o 24 h	

Coxib = inhibidor selectivo de COX-2; AINE= droga antiinflamatoria no-esteroides

Miller SM. *Prim Care* 2012; 39(3):499-510.



Efectos Adversos de los AINEs/Coxibs

Todos los AINEs:

- Eventos cardiovasculares trombóticos
- Gastroenteropatía
 - Gastritis, hemorragia, ulceración, perforación
- Efectos renovasculares
 - Flujo sanguíneo renal disminuido
 - Retención de fluido/edema
 - Hipertensión
- Hipersensibilidad

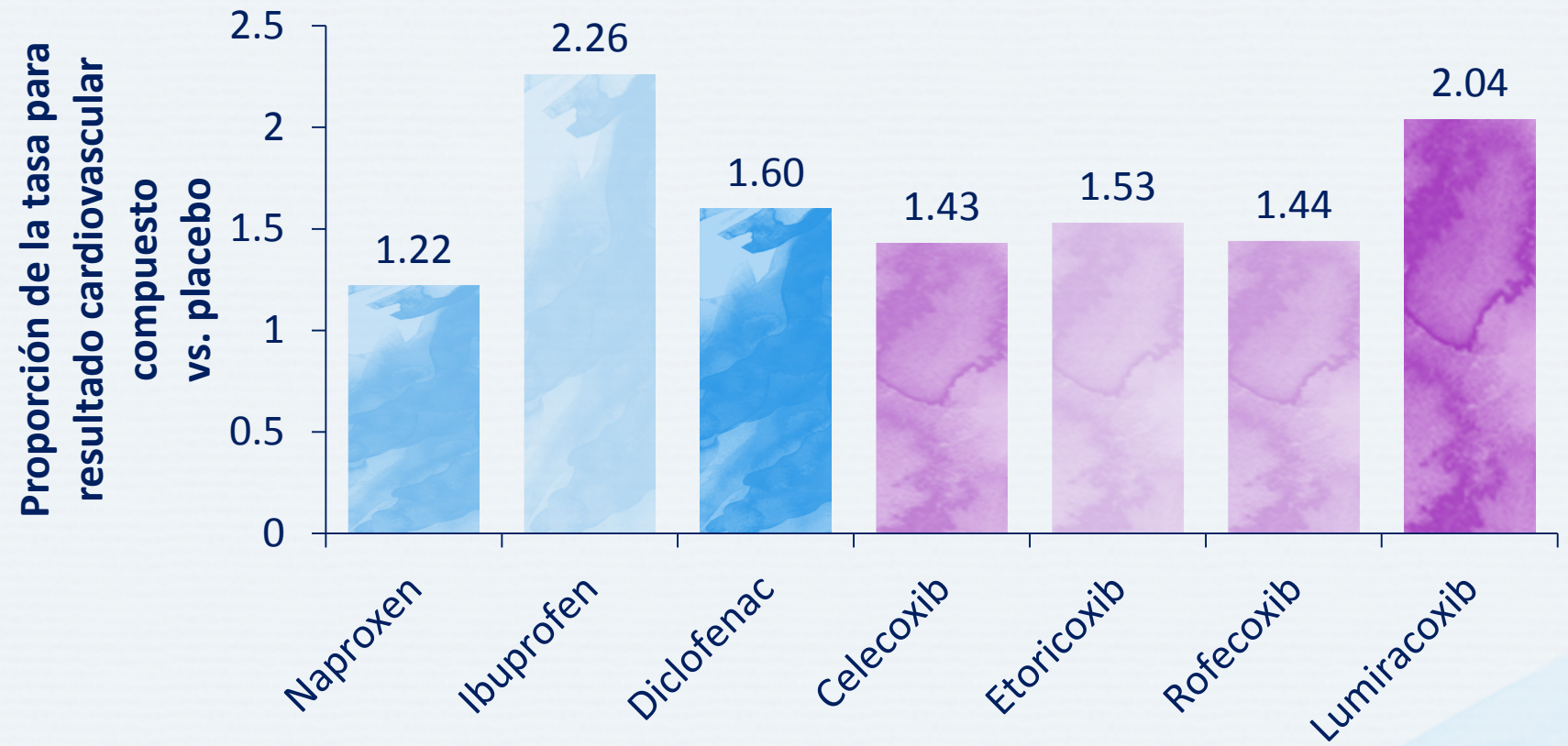
AINEs mediados por Cox-1 (AINEs):

- Agregación plaquetaria disminuida

Coxib = inhibidor específico de COX-2; AINE= droga antiinflamatoria no-esteroidea;
AINEs= droga antiinflamatoria no-esteroidea no-específica

Clemett D, Goa KL. *Drugs* 2000; 59(4):957-80; Grosser T *et al.* In: Brunton L *et al* (eds.). *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12th ed. (online version). McGraw-Hill; New York, NY: 2010.

AINe/Coxibs y Riesgo Cardiovascular



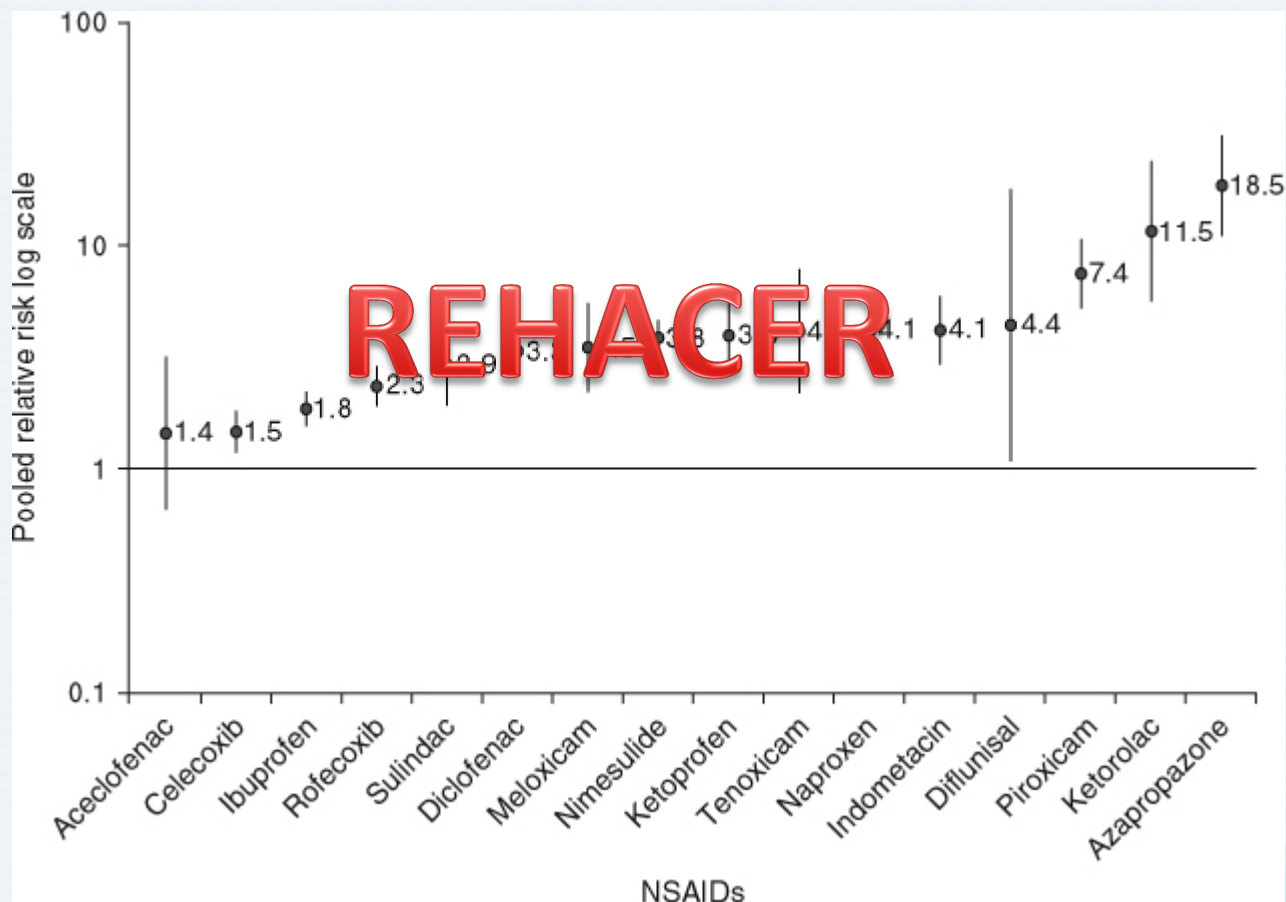
El compuesto incluye infarto del miocardio no-fatal, accidente vascular cerebral no-fatal, o muerte cardiovascular en comparación con el placebo; tabla basada en un meta-análisis de la red incluyendo 30 ensayos y más de 100,000 pacientes.

Coxib =inhibidor de COX-2; AINe= droga antiinflamatoria no esteroidea no selectiva

Trelle S et al. *BMJ* 2011; 342:c7086.

Riesgo Gastrointestinal con AINEne/Coxibs

Riesgos relativos combinados e IC del 95% de complicaciones gastrointestinales



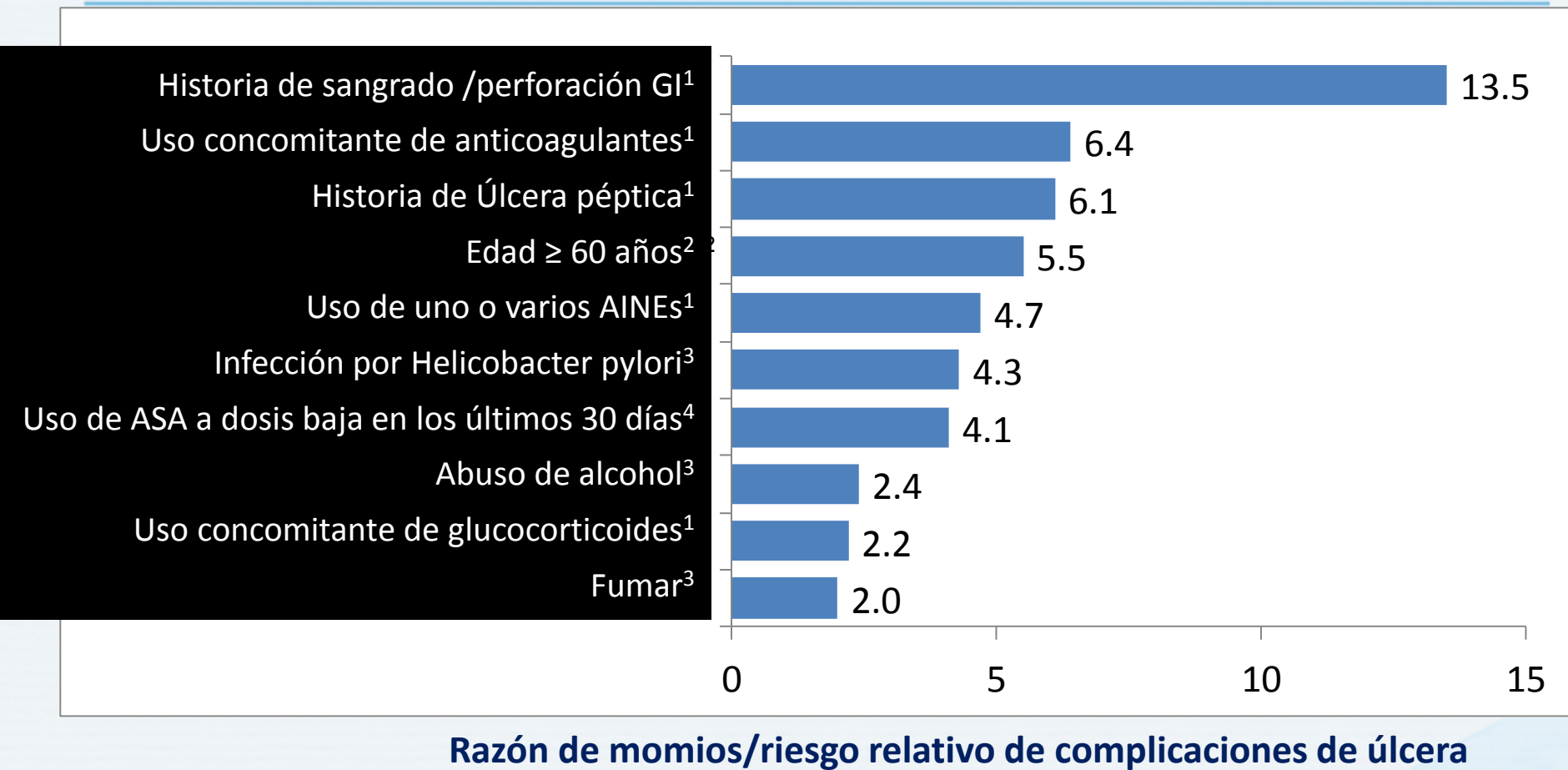
IC= intervalo de confianza; coxib = inhibidor de COX-2; AINE= droga antiinflamatoria no-esteroidea;

AINEne = droga antiinflamatoria no-esteroidea no selectiva

Castellsague J et al. *Drug Saf* 2012; 35(12):1127-46.



Factores de Riesgo de Complicaciones Gastrointestinales Asociadas con AINEs/Coxibs



ASA = ácido acetil-salicílico; coxib = inhibidor específico de COX-2; GI = gastrointestinal; AINE= droga antiinflamatoria no-esteroidea; AINEne= droga antiinflamatoria no-esteroidea no-específica; ISRS= inhibidor selectivo de recaptación de serotonina

1García Rodríguez LA, Jick H. *Lancet* 1994; 343(8900):769-72; 2. Gabriel SE *et al. Ann Intern Med* 1991; 115(10):787-96;

3. Bardou M, Barkun AN. *Joint Bone Spine* 2010; 77(1):6-12; 4. García Rodríguez LA, Hernández-Díaz S. *Arthritis Res* 2001; 3(2):98-101.



Efectos Gastrointestinales de los AINEs/Coxibs Más Allá del Tracto Gastrointestinal Superior

- Las estrategias actuales parecen ser similarmente efectivas para reducir el riesgo al **Tracto Gastrointestinal Superior**
 - **Sin embargo**, existe evidencia sólida que sugiere que los eventos adversos clínicamente relevantes potencialmente nos e limitan al Tracto Gastrointestinal Superior
- Los estudios sugieren que los AINEs aumentan el riesgo de eventos clínicos **del tracto GI inferior***



*GI inferior significa distal al ligamento de Treitz o cuarto segmento del duodeno

Coxib = inhibidor específico de COX-2 ; GI = gastrointestinal; AINEs= droga antiinflamatoria no esteroidea no-selectiva

Illison MC et al. *N Engl J Med* 1992; 327(11):749-54; Lanas A, Sopeña F. *Gastroenterol Clin N Am* 2009; 38(2):333-53; Fujimori S et al. *Gastro Endoscopy* 2009; 69(7):1339-46; Laine L et al. *Gastroenterology* 2003; 124(2):288-92; Chan FK et al. *N Engl J Med* 2002; 347(26):2104-10.



Guías para el Uso de AINEs/Coxibs

Con Base en el Riesgo Gastrointestinal y el Uso de ASA

	Riesgo Gastrointestinal	
	No elevado	elevado
Sin ASA	AINEs solo	Coxib AINEs + PPI
On ASA	Coxib + PPI AINEs+ PPI	Coxib + PPI AINEs + PPI

ASA = ácido acetil-salicílico; coxib = inhibidor específico de COX-2;

AINEs= droga antiinflamatoria no-esteroides no-específica; PPI = inhibidor de la bomba de protones

Tannenbaum H et al. *J Rheumatol* 2006; 33(1):140-57.

Opioides para el Manejo de Lumbalgia

lumbalgia agudo o crónico severo por periodos de tiempo breves

Eficacia	Seguridad	Mecanismo de Acción
<ul style="list-style-type: none">• Efectivo• Evidencia insuficiente para recomendar un opioide sobre otro• Mayor eficacia agregando Acetaminofén y/o AINEne/coxibs	<ul style="list-style-type: none">• Múltiples efectos secundarios• Potencial de abuso o adicción	<ul style="list-style-type: none">• Altera la actividad del sistema límbico• Modifica aspectos sensoriales y afectivos del dolor• Activa las vías descendentes que modulas la transmisión en la médula espinal• Afecta la transducción de estímulos dolorosos a impulsos nerviosos

Coxib = inhibidor específico de COX-2 ; AINEne= droga antiinflamatoria no esteroidea no-específica

Chou R et al. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26(5):1026-48; Chou R et al. *J Pain* 2009; 10(2):113-30; Furlan AD et al. *CMAJ* 2006; 174(11):1589-94; Kalso E et al. *Pain* 2004; 112(3):372-80; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Martell BA et al. *Ann Intern Med* 2007; 146(2):116-27; Rauck RL et al. *J Opioid Manag* 2006; 2(3):155-66; Reisine T, Pasternak G. In: Hardman JG et al (eds). *Goodman and Gilman's: The Pharmacological Basics of Therapeutics*. 9th ed. McGraw-Hill; New York, NY: 1996; Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl):1062-7; Trescot AM et al. *Opioid Pharmacol Pain Phys* 2008; 11(2 Suppl):S133-53.



Tramadol para el Manejo de lumbalgia

- Analgésico opioide “atípico”
- Mecanismo de Acción Único
 - Vías noradrenérgica y serotoninérgica
 - El efecto del opioide depende de la conversión al metabolito activo M1
- Unión con poca afinidad al receptor opioide mu
- Estudios clínicos de eficacia en lumbalgia



Efectos Adversos de los Opioides

Sistema	Efectos adversos
Gastrointestinal	Náusea, vómito, constipación
SNC	Daño cognitivo, sedación, vahído, mareo
Respiratorio	Depresión respiratoria
Cardiovascular	Hipotensión ortostática, desfallecimiento
Otro	Urticaria, miosis, sudoración, retención urinaria

SNC= sistema nervioso central

Moreland LW, St Clair EW. *Rheum Dis Clin North Am* 1999; 25(1):153-91; Yaksh TL, Wallace MS. In: Brunton L *et al* (eds). *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12th ed. (online version). McGraw-Hill; New York, NY: 2010.



Guías de Tratamiento APS y AAPM para Dolor No por Cáncer: Recomendaciones para Profesionales Clínicos

- Estratificar riesgos al seleccionar a los paciente para opiáceos a largo-plazo
- Informar a los paciente sobre los riesgos y beneficios del uso de opioides crónicamente
- Proporcionar a los pacientes el esquema de tratamiento para el dolor
- Considerar el uso inicial de la terapia con opioides como tratamiento de prueba
 - Individualizar la selección, dosis inicial y ajuste de la dosis
- **Tener cuidado si se usa metadona durante el periodo inicial y el ajuste debido a sus propiedades únicas**
- **Dar seguimiento para monitorear la eficacia, efectos adversos y posibles desviaciones**
- **Los pacientes con historia de abuso de drogas o problemas psiquiátricos deben ser monitoreados frecuentemente y deben consultar a un especialista en salud mental**




Guías de Tratamiento APS y AAPM para Dolor No por Cáncer: Recomendaciones para Profesionales Clínicos (continúa)

- Re-evaluar los riesgos y beneficios de la terapia con opioides
- Considerar la rotación si el paciente no obtiene una eficacia adecuada o si los eventos adversos son intolerables durante el periodo de ajuste
- Anticipar y tratar los eventos adversos asociados con los opiáceos
- Incluir intervenciones psicoterapéuticas interdisciplinarias y terapias no-opioides complementarias
- Informar a los pacientes acerca de posible deterioro cognitivo en sus actividades diarias (ej: manejar)
- Ayudar a los pacientes a encontrar una entidad de atención médica para su cuidado general
- Considerar la terapia de rescate con opioides para dolor incidental
- Informar a los pacientes acerca de los riesgos y beneficios de la terapia crónica con opioides

AAPM = American Academy of Pain Medicine; APS = American Pain Society;

Miller SM. *Prim Care* 2012; 39(3):499-510.



Herramientas para Detectar los Riesgos Asociados con Opioides

Cuestionarios auto-reportado por el paciente para evaluar el riesgo de comportamiento aberrante

- **SOAPP** (Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain) (Versión 1 y SOAPP-Revisada)
- **CAGE-AID** (CAGE* Adapted to Include Drugs)
- **SISAP** (Screening Instrument for Substance Abuse Potential)
- **ORT** (Opioid Risk Tool)

Cuestionario administrado por un médico para evaluar los riesgos y beneficios

- **DIRE** (Diagnóstico, Inviabilidad, Riesgo, Eficacia)

*El cuestionario CAGE incluye 4 preguntas sencillas para detectar el abuso de alcohol: ¿Ha usted alguna vez: (1) sentido la necesidad de tomar menos; (2) sentido enojo cuando lo critican por su forma de beber; (3) tenido sentimientos de culpa sobre su forma de beber; y (4) tomado por la mañana?

Chou R et al. *J Pain* 2009; 10(2):113-30; Gardner-Nix J. *CMAJ* 2003; 169(1): 38-43; O'Brien CP. *JAMA* 2008; 300(17):2054-6.



Recomendaciones para el Uso de Opioides

Consulta clínica	Resumen de la evidencia
Selección relevante de las guías de opioides	<ul style="list-style-type: none">• La evidencia muestra que tapentadol y el sistema transdérmico buprenorfina son clínicamente efectivos• Las guías actuales sobre opioides recomiendan el uso de opioides débiles y fuertes tomando en cuenta las preferencias y requerimientos del paciente...



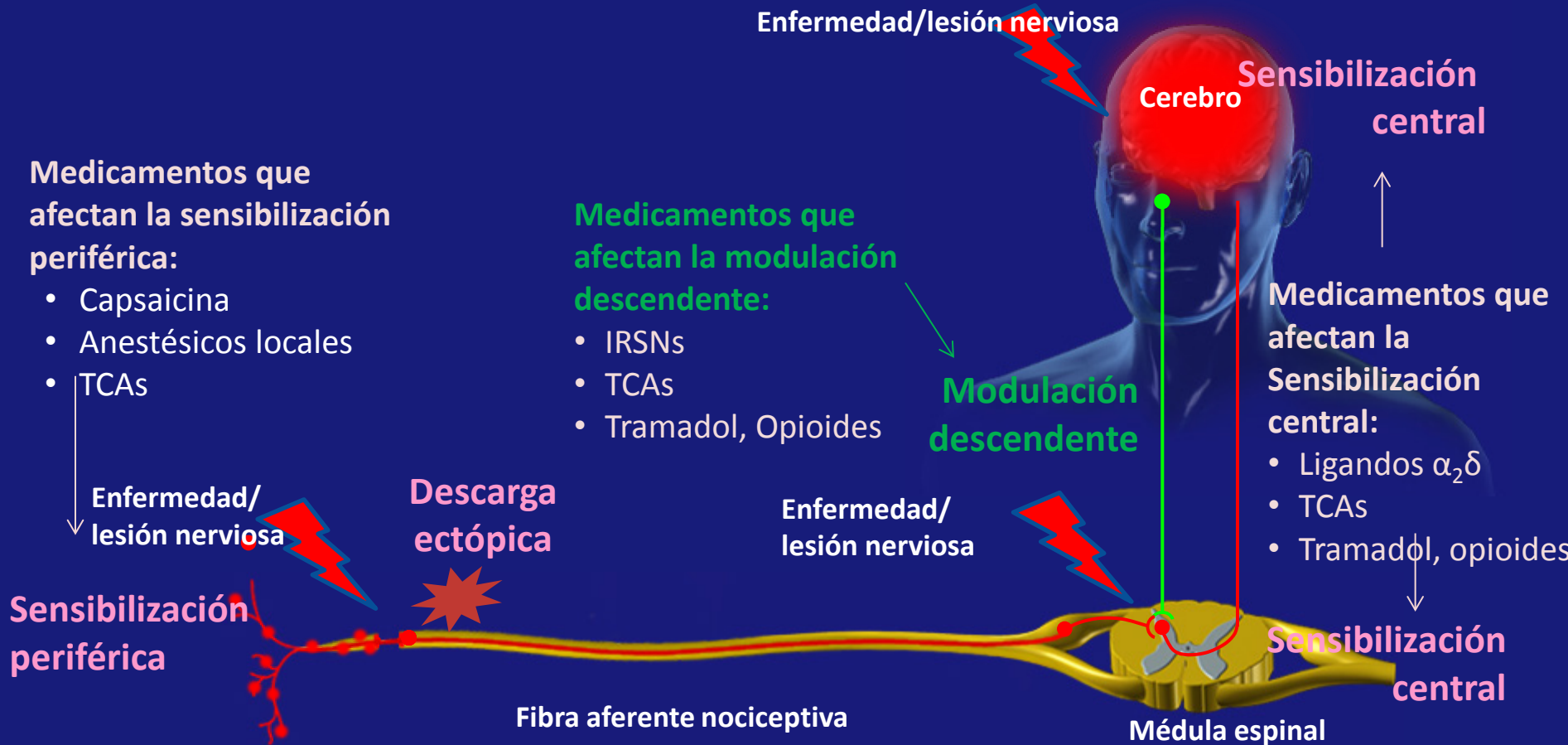
Relajantes Musculares para el Manejo de Lumbalgia

- Grupo diverso de drogas
- Mecanismos de acción no aclarados
- Su uso es controversial, principalmente debido a los efectos secundarios y potencial de abuso y dependencia
- Las Guías no recomiendan universalmente el uso de Relajantes Musculares para el manejo de lumbalgia
- Brindan alivio a corto-plazo al lumbalgia
 - No hay diferencias en Eficacia y Seguridad
 - Muy pocos estudios a corto-plazo
- No hay evidencia que soporte el uso a largo plazo o que recomiende uno sobre otro

Relajantes Musculares

Clasificación	Droga	Comentarios
Antiespástico	<ul style="list-style-type: none">• Baclofen• Tizanidina• Dantrolene• Diazepam	<ul style="list-style-type: none">• Indicados en espasticidad asociada con lesión al sistema nervioso central• No recomendados para el manejo de Lumbalgia
Antiespasmódico	<ul style="list-style-type: none">• Ciclobenzaprina• Metocarbamol• Carisoprodol• Metaxalone	

Tratamiento Farmacológico de Dolor Neuropático Basado en el Mecanismo



IRSN= inhibidor de recaptación de serotonina-norepinefrina; TCA = antidepresivo tricíclico

Adaptado de: Attal N *et al.* *Eur J Neurol* 2010; 17(9):1113-e88; Beydoun A, Backonja MM. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25(5 Suppl):S18-30; Jarvis MF, Boyce-Rustay JM. *Curr Pharm Des* 2009; 15(15):1711-6; Gilron I *et al.* *CMAJ* 2006; 175(3):265-75; Moisset X, Bouhassira D. *NeuroImage* 2007; 37(Suppl 1):S80-8; Morlion B. *Curr Med Res Opin* 2011; 27(1):11-33; Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl):1062-7.

Ligandos $\alpha_2\delta^*$ para el Manejo de Lumbalgia

Útil en combinación con otros tratamientos para lumbalgia con un componente neuropático

Eficacia	Seguridad	Mecanismo de Acción
<ul style="list-style-type: none">La combinación de pregabalina + coxib es más efectiva que cada droga usada sola para el manejo de lumbalgia crónica	<ul style="list-style-type: none">Los efectos secundarios más comunes son mareo y somnolencia	<ul style="list-style-type: none">Se unen a la subunidad $\alpha_2\delta$ del canal de calcio, que es aumentada (regulada ascendentemente) en dolor neuropáticoLa unión reduce la liberación de neurotransmisor la sensibilización del dolor

*Gabapentina y pregabalina son ligandos de $\alpha_2\delta$

Coxib = inhibidor específico de COX-2

Attal N, Finnerup NB. *Pain Clinical Updates* 2010; 18(9):1-8; Bauer CS et al. *J Neurosci* 2009; 29(13):4076-88;

Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Romanó C et al. *J Orthop Traumatol* 2009; 10(4):185.

Antidepresivos para el Manejo de Lumbalgia

Útil en combinación con otros tratamientos para lumbalgia con un componente neuropático

Eficacia	Seguridad	Mecanismo de Acción
<ul style="list-style-type: none">• No recomendado para lumbalgia aguda no-específico• Puede ser considerado para lumbalgia con un componente neuropático	<ul style="list-style-type: none">• TCAs pueden causar trastornos cognitivos, confusión trastorno en el andar y caídas• IRSNs están contraindicados en disfunción hepática severa o hipertensión arterial inestable	<ul style="list-style-type: none">• Inhiben la recaptación de serotonina y norepinefrina aumentando la modulación descendente

TCA = antidepresivo tricíclico; IRSN= inhibidor de recaptación de serotonina-norepinefrina


Attal N, Finnerup NB. *Pain Clinical Updates* 2010; 18(9):1-8; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-2; Skljarevski V et al. *Eur J Neurol* 2009; 16(9):1041-8; Verdu B et al. *Drugs* 2008; 68(18):2611-32.



Intervención con Analgésicos para el Manejo de Lumbalgia

Bloqueo epidural con esteroides (evidencia de alta calidad)

- Alternativa razonable a la cirugía
- Recomendada solamente para radiculopatía
- Se prefiere la vía transforaminal
- Siempre guiada por imágenes
- Use esteroides de partícula pequeña
 - Dexametasona 4 mg es suficiente



Intervención con Analgésicos para el Manejo de Lumbalgia (continúa)

Bloqueo facetario (evidencia de calidad moderada)

- Muchos resultados falso-positivo
- Efecto placebo importante
- Se deben realizar cuando menos 2 bloqueos antes de que se recomiende una forma más avanzada de terapia
- La rama pericapsular o medial son igualmente efectivas

Lisis por radiofrecuencia (evidencia de baja calidad)

- Raíz y faceta
 - Alivio más prolongado
 - Inefectiva para el síndrome de cirugía espinal fallida



Terapia Combinada para el Manejo de Lumbalgia

- Tipo de terapia usada por muchos médicos
- Relajantes musculares + analgésico o AINE
- Opioides + AINE
- Evidencia insuficiente para soportar una recomendación sobre su uso en lumbalgia

AINE = droga antiinflamatoria no-esteroidea

Chou R *et al. Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Jamison RN *et al. Spine (Phila Pa 1976)* 1998; 23(23):2591-600
van Tulder MW *et al. Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2:CD000396.

Terapias No Recomendadas para Lumbalgia

ASA	Benzodiacepinas	Corticosteroides Sistémicos
<ul style="list-style-type: none">Evidencia insuficiencia para permitir la recomendación de su uso como analgésico en pacientes con lumbalgia	<ul style="list-style-type: none">Riesgo de abuso, adicción y tolerancia	<ul style="list-style-type: none">Oral o parenteralNo más efectivo que el placebo

ASA = ácido acetilsalicílico

Arbus L et al. *Clin estudios J* 1990; 27:258-67; Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Derry S et al. *BMJ* 2000; 321(7270):1183-7; Evans DP et al. *Curr Med Res Opin* 1980; 6(8):540-7; Finckh A et al. *Spine (Phila PA 1976)*. 2006; 31(4):377-81; Friedman BW et al. *J Emerg Med* 2006; 31(4):365-70; Haimovic IC, Beresford HR. *Neurology* 1986; 36(12):1593-4; Medina Santillán R et al. *Proc West Pharmacol Soc* 2000; 43:69-70.

Tratamiento Farmacológico de Lumbalgia

Droga	Detalles	Nivel de evidencia
AINe	<ul style="list-style-type: none">• Puede reducir el dolor en lumbalgia crónica	Moderado
Coxibs	<ul style="list-style-type: none">• Mejor analgesia vs. AINe• Consumo reducido de terapia concurrente	Moderado
Benzodiacepinas	<ul style="list-style-type: none">• Puede reducir el dolor en el corto plazo en lumbalgia no-específica• El riesgo de efectos adversos no es claro	Moderado
Acetaminofén	<ul style="list-style-type: none">• Puede reducir el dolor en el corto plazo en lumbalgia no-específica• El riesgo de efectos adversos no es claro	Bajo

Coxib = Inhibidor específico de COX-2; AINe = droga antiinflamatoria no-esteroidea no-selectiva

Chou R *et al. Spine (Phila Pa 1976)* 2009; 34(10):1066-77; Manchikanti L *et al. Pain Physician* 2009; 12(4):699-802;

Ramos-Remus CR *et al. Curr Med Res Opin* 2004; 20(5):691-8; Romanò CL *et al. J Orthop Traumatol* 2009; 10(4):185-91;

Sakamoto C, Soen S. *Digestion* 2011; 83(1-2):108-23; Savigny P *et al. Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain*. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009;

Toward Optimized Practice. *Guidelines for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain*. Edmonton, AB: 2009.

Tratamiento Farmacológico de Lumbalgia (continúa)

Droga	Detalles	Nivel de Evidencia
Relajantes musculares No-benzodiacepina	<ul style="list-style-type: none"> No hay datos claros sobre la efectividad en lumbalgia no-específica El riesgo de eventos adversos no es claro 	Bajo
Neuromoduladores (ej: pregabalina)	<ul style="list-style-type: none"> En combinación con un coxib puede reducir la severidad de la lumbalgia dentro de 4 semanas 	Bajo
Antidepresivos (duloxetina)	<ul style="list-style-type: none"> Puede mejorar la lumbalgia crónica pero el grado de beneficio no es claro 	Moderado
TCAs	<ul style="list-style-type: none"> Reduce el dolor en lumbalgia no-específica 	Moderado
Opioides	<ul style="list-style-type: none"> Puede tener eficacia a corto plazo en lumbalgia 	Moderado
Opioides	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de datos a largo-plazo 	Bajo
Glucosamina	<ul style="list-style-type: none"> NO reduce la lumbalgia de osteoartritis lumbar a los 6 meses o 1 año 	suficiente 1A

Coxib = Inhibidor específico de COX-2; TCA = antidepresivo tricíclico

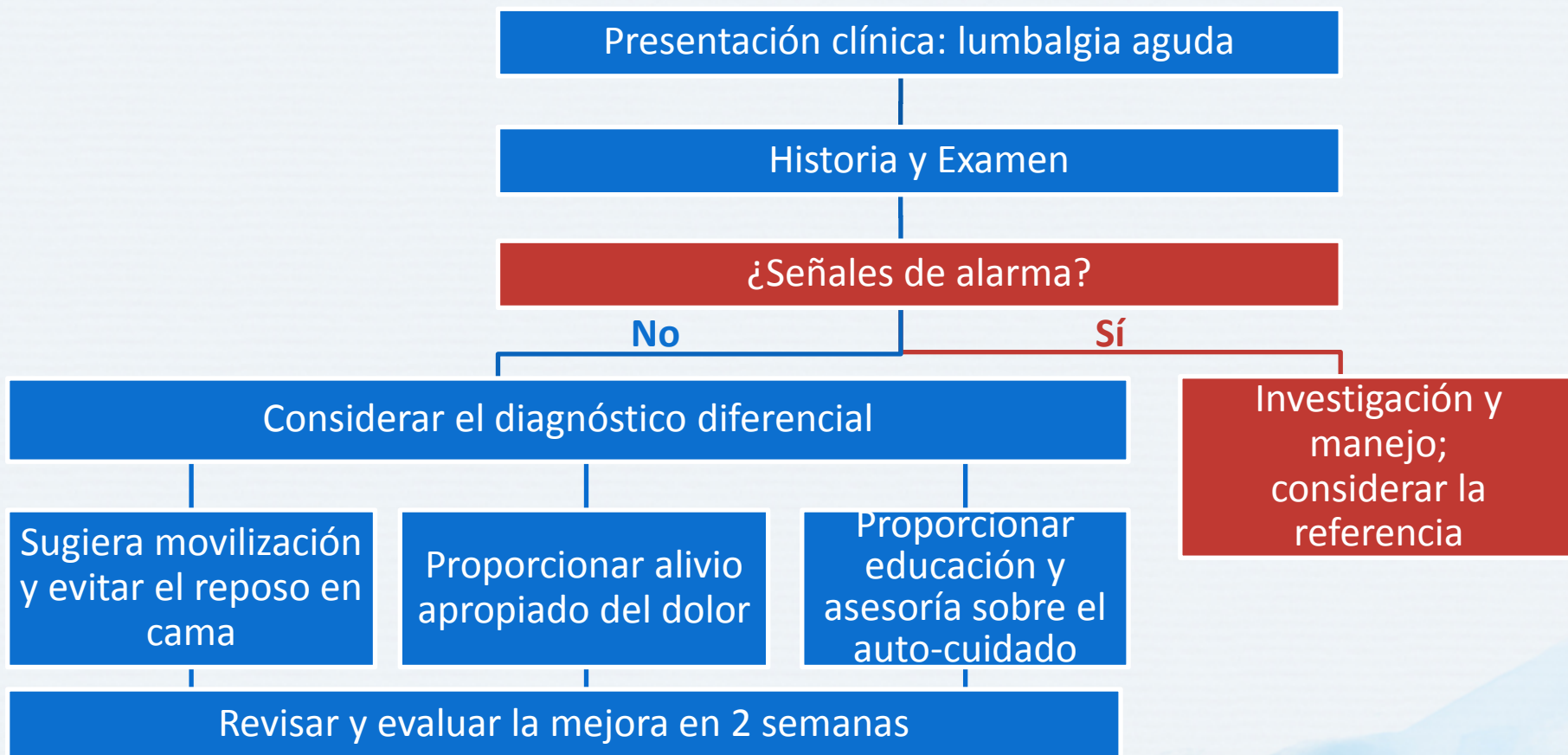
Chou R *et al. Spine (Phila Pa 1976)* 2009; 34(10):1066-77; Manchikanti L *et al. Pain Physician* 2009; 12(4):699-802;

Ramos-Remus CR *et al. Curr Med Res Opin* 2004; 20(5):691-8; Romanò CL *et al. J Orthop Traumatol* 2009; 10(4):185-91;

Sakamoto C, Soen S. *Digestion* 2011; 83(1-2):108-23; Savigny P *et al. Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain*. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009;

Toward Optimized Practice. *Guidelines for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain*. Edmonton, AB: 2009.

Manejo de Lumbalgia Aguda





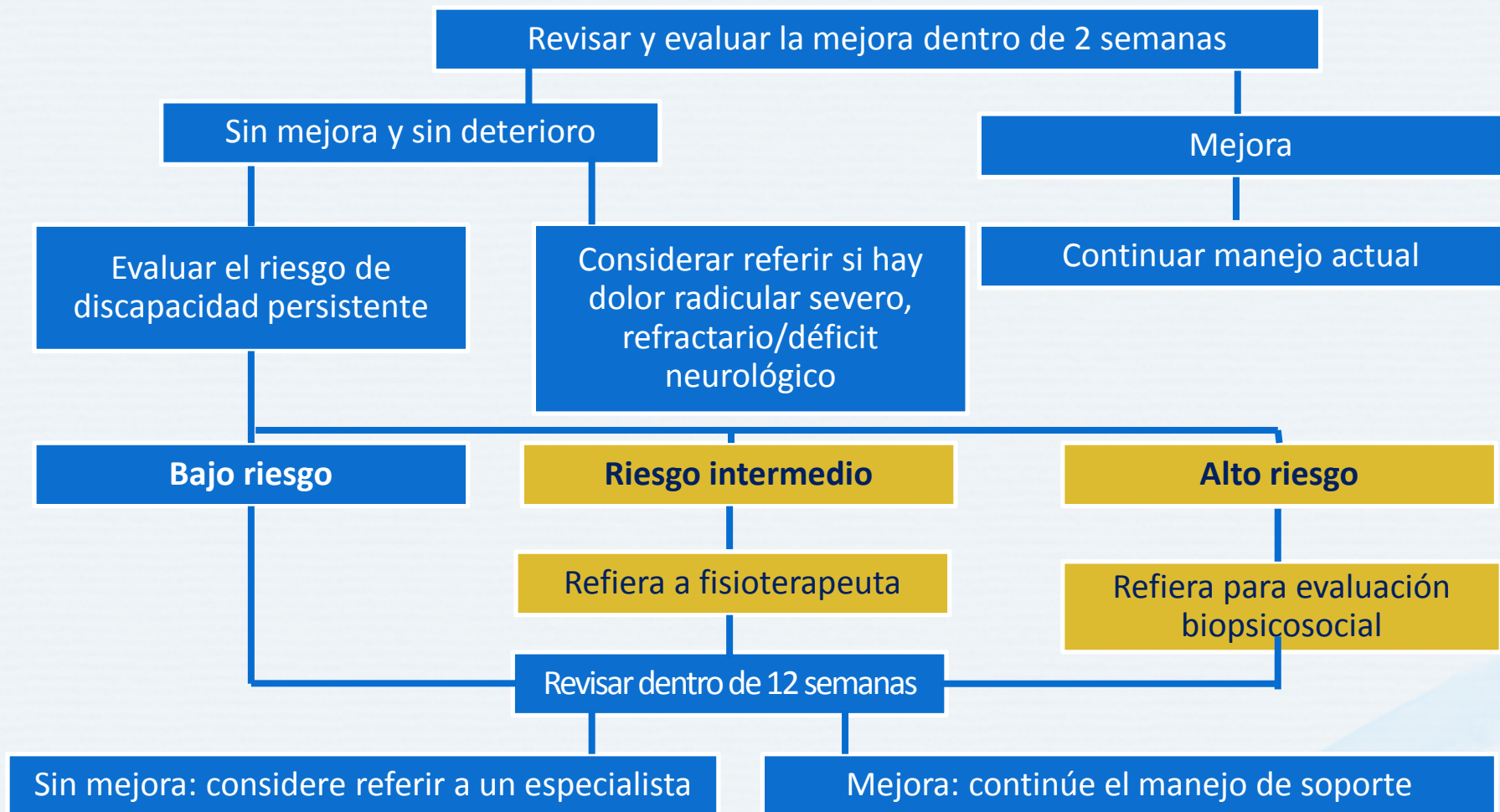
Recomendaciones para el Seguimiento de Pacientes con Lumbalgia Aguda

Población de Pacientes	Frecuencia del seguimiento
Todos	<ul style="list-style-type: none">• 2 semanas después de la visita inicial• Opciones de seguimiento: teléfono, e-mail o consulta• El seguimiento adicional está indicado
Pacientes considerados en alto riesgo de dolor crónico*	<ul style="list-style-type: none">• Visitas más tempranas o más frecuentes pueden ser apropiadas
Pacientes de mayor edad o pacientes con: <ul style="list-style-type: none">• Progresión de síntomas o ausencia de mejora importante• Dolor severo o déficit funcional• Signos de enfermedad de la raíz nerviosa o estenosis espinal lumbar	<ul style="list-style-type: none">• Re-evaluación más temprana o más frecuente pueden ser apropiadas
Pacientes referidos para manipulación espinal, acupuntura o masaje	<ul style="list-style-type: none">• Después de 4 consultas, refiera al paciente con un especialista para determinar si la funcionalidad ha mejorado

***Vea las señales de alerta; podría también considerar a las poblaciones en riesgo si el dolor persiste en presencia de tratamiento adecuado: niños y adolescentes, mujeres <30 años, hombres >60 años, pacientes con comorbilidades específicas (ej: diabetes) y pacientes inmunocomprometidos o inmunodeprimidos**

Ochoa G. In: Díaz Barriga JS, Gamarra AI (eds). *Libro Dolor Musculoesquelético*. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, ACED; Bogotá, Colombia: 2010; Savigny P et al. *Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain*. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009.

Seguimiento de Pacientes con Lumbalgia Aguda





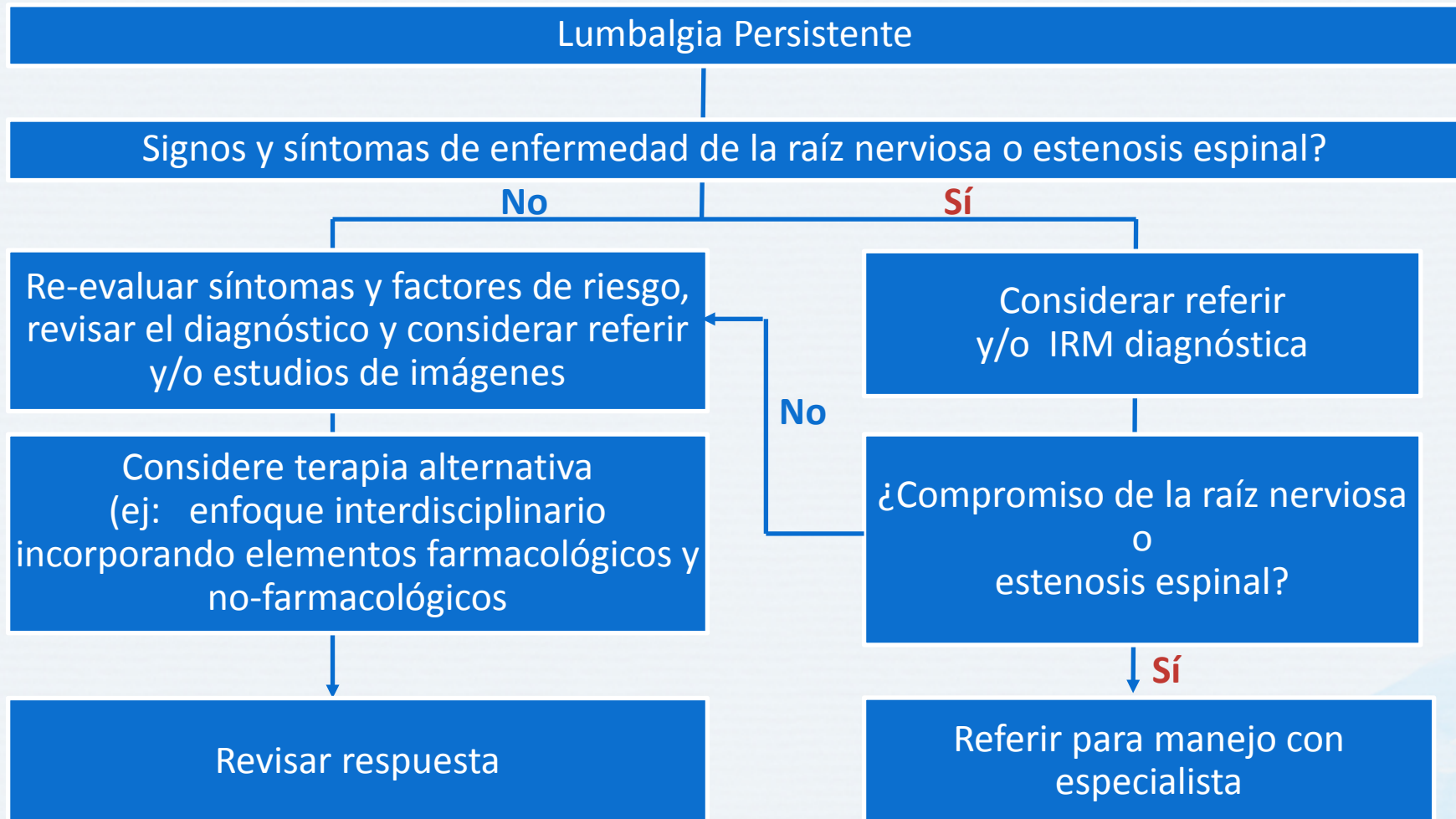
Recomendaciones Clave para el Manejo de Lumbalgia Aguda

Nivel A (Evidencia Consistente)	Nivel B (Evidencia Inconsistente)	Nivel C (Consenso)
<ul style="list-style-type: none">• El reposo en cama no es recomendado• AINEs/coxibs, Acetaminofén y Relajantes Musculares son tratamientos efectivos para lumbalgia aguda no-específico	<ul style="list-style-type: none">• La educación al paciente es benéfica• La estabilización de la espina puede reducir la recurrencia y la necesidad de servicios médicos• La manipulación espinal y las técnicas quiroprácticas no son recomendadas	<ul style="list-style-type: none">• Las señales de alarma son comunes pero no necesariamente indican patología grave• Los estudios por imágenes no están indicados sin hallazgos que sugieran patología grave

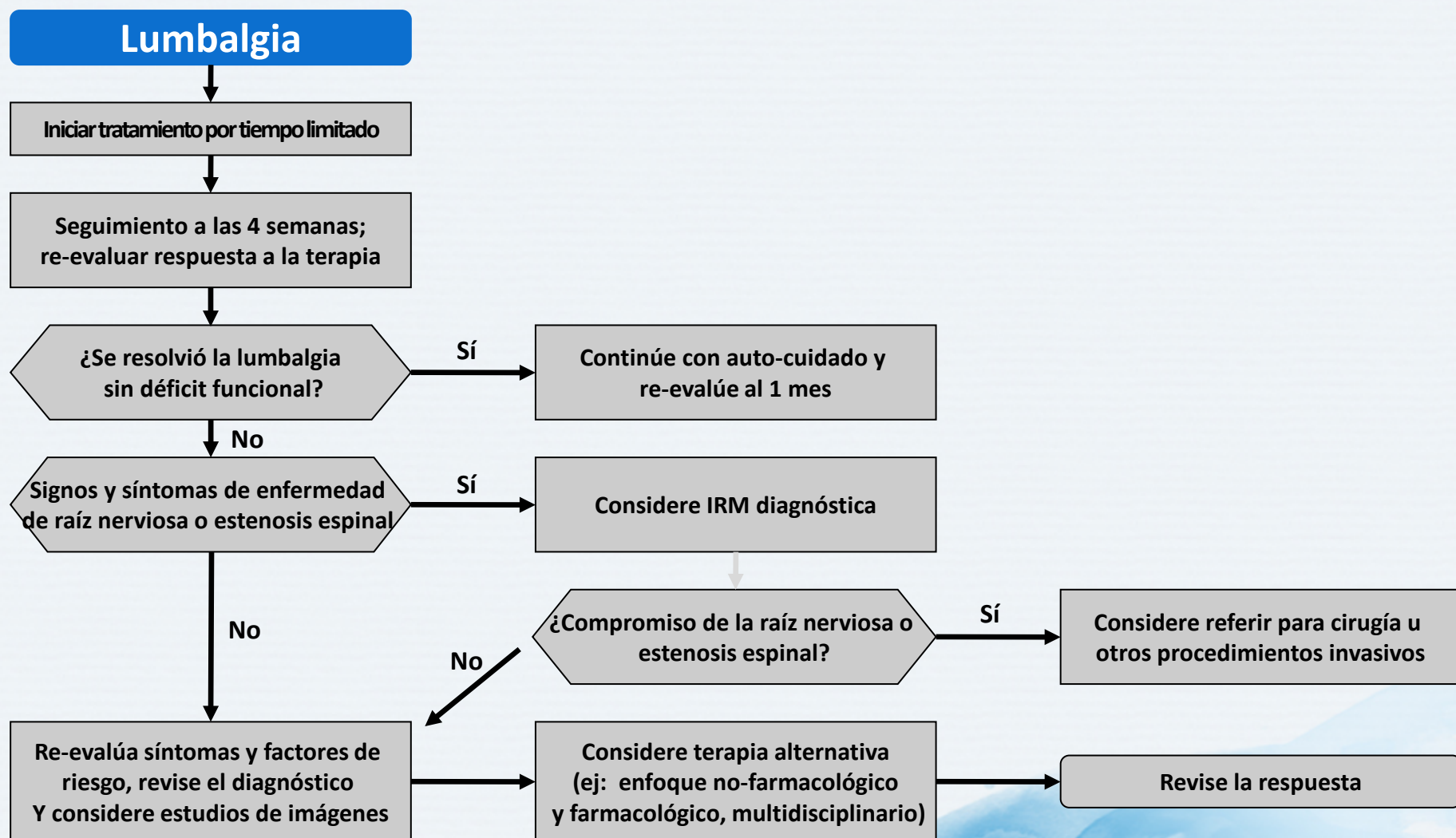
Coxib = COX-2 inhibitor; AINEs= droga antiinflamatoria no-esteroides

Casazza BA. *Am Fam Physician* 2012; 85(4):343-50.

Manejo de Lumbalgia Persistente*



Manejo de Lumbalgia*



*American College of Physicians and the American Pain Society; IRM= imágenes por resonancia magnética

Adaptado de: Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):478-91.



Intervenciones Recomendadas para el Manejo de Lumbalgia*

Tratamiento recomendado	Detalles	Duración del dolor	
		Agudo (<4 semanas)	Subagudo o crónico (≥4 semanas)
Auto-cuidado	<ul style="list-style-type: none">• Sugiera al paciente permanecer activo• Entregue al paciente libros o panfletos sobre cuidado de la espalda• Sugiera al paciente aplicar calor	+	+
Farmacológico		+	+
No-Farmacológico		+	+

*American College of Physicians and the American Pain Society

Adaptado de: Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):478-91.



Intervenciones Recomendadas para el Manejo de Lumbalgia*

Tratamiento farmacológico	Duración del dolor	
	Agudo (<4 semanas)	Subagudo o crónico (≥4 semanas)
Acetaminofén	+	+
AINEs	+	+
Relajantes musculares	+	
TCA		+
Benzodiacepinas	+	+
Tramadol, Opioides	+	+

*American College of Physicians and the American Pain Society

AINE = droga antiinflamatoria no-esteroides; TCA = antidepresivo tricíclico

Adaptado de: Chou R *et al.* *Ann Intern Med* 2007; 147(7):478-91.



Intervenciones Recomendadas para el Manejo de Lumbalgia*

Tratamiento No-Farmacológico	Duración del dolor	
	Agudo (<4 semanas)	Subagudo o crónico (≥4 semanas)
Manipulación espinal	+	+
Terapia con ejercicio		+
Masaje		+
Acupuntura		+
Yoga		+
Terapia cognitiva conductual		+
Relajación progresiva		+
Rehabilitación interdisciplinaria intensiva		+






Seguimiento/Monitoreo de Pacientes con Lumbalgia Aguda o Crónica

Población de pacientes	Frecuencia del seguimiento
Estable	Según se requiera
Dolor fluctuante	Periódicamente
Bajo tratamiento farmacológico	Periódicamente



Recomendaciones Terapéuticas para el Manejo de Lumbalgia

	Lumbalgia no-específica	Dolor Radicular
Agudo	<ul style="list-style-type: none">• Acetaminofén• AINEs/coxibs<ul style="list-style-type: none">• Co-prescriba PPI para pacientes de >45 años• Opioides débiles• Relajantes musculares 	<p>Si el dolor radicular es prominente considere agregar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ligandos $\alpha^2\delta$• TCAs
Crónico	 <p>Refiera al especialista para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Terapia cognitiva conductual• Manejo farmacológico complejo, incluyendo opioides y medicamentos para dolor neuropático• Considere la terapia intervencionista para dolor• Considere la cirugía	

Coxib = inhibidor específico de COX-2 AINEs= droga antiinflamatoria no esteroidea no-selectiva;

PPI = inhibidor de la bomba de protones; TCA = antidepresivo tricíclico

Adaptado de: Lee J et al. Br J Anaesth 2013; 111(1):112-20.

Apego





Estrategias para Mejorar el Apego

Simplificar el régimen

Impartir conocimiento

Modificar las creencias del paciente y el comportamiento humano

Proporcionar comunicación y confianza

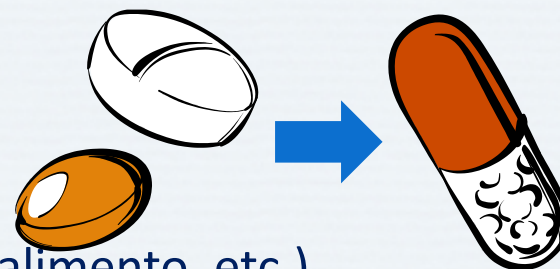
Leave the bias (eliminar el sesgo)

Evaluar el apego

Simplificar el Régimen de Administración

- Si es posible, ajuste el régimen para minimizar:

- El número de píldoras que se deben tomar
- El número de dosis al día
- Requerimientos especiales (ej: tomar antes de ir a dormir, evitar tomar medicamentos con alimento, etc.)



- Recomendar tomar todos los medicamentos a la misma hora del día (si es posible)
- Asociar la toma del medicamento con las actividades cotidianas como lavarse los dientes o comer
- Motivar el uso de auxiliares del apego como organizadores de medicinas y alarmas



Impartir Conocimiento

- Proporcionar instrucciones claras, concisas (escritas y verbales) para cada prescripción
- Asegurarse de proporcionar información a un nivel que el paciente pueda entender
- Involucrar a los miembros de la familia si es posible
- Proporcionar folletos y/o sitios de internet confiables para tener acceso a información sobre su padecimiento
- Proporcionar asesoría concreta sobre cómo lidiar con los costos del medicamento



Modificar las Creencias y Comportamientos del Paciente: Técnica de Entrevista Motivacional

Técnicas

- Expresar empatía
- Desarrollar discrepancia
- Evitar la resistencia
- Apoyarla auto-eficacia

Ejemplos

- “Es normal preocuparse acerca de los efectos secundarios del medicamento”
- “Obviamente le interesa su salud; ¿cómo cree que la afecta el que no se tome su medicina?”
- “Entiendo que tiene muchas otras cosas de qué preocuparse además de tomar su medicamento”
- “Suenan como que ha hecho grandes esfuerzos para incluir su nuevo medicamento en su rutina diaria”



Brindar Comunicación y Confianza: Sugerencia sobre Comunicación

- Escuchar activamente
 - Enfocarse en el paciente
 - Asentir y sonreír para para mostrar que entendimos
- Hacer contacto visual



- Estar consciente de nuestro lenguaje corporal
 - Ver al paciente a la cara
 - No cruzar los brazos
 - Sacar las manos de los bolsillos
- Reconocer e interpretar las pistas no verbales

Eliminar el Sesgo

Acknowledge
biases



Aprender más acerca de cómo la baja alfabetización sobre la salud puede afectar los resultados del paciente



Preguntar específicamente sobre actitudes, creencias y normas culturales con respecto a su medicación



Adaptar la comunicación a las creencias y nivel de comprensión del paciente



Evaluando el Apego: Estrategia de 4-Pasos para Detectar la Falta de Apego

- 1 Hacer una pregunta abierta sobre la toma de medicinas
- 2 Normalizar y universalizar la falta de apego para revertir el ambiente crítico
- 3 Explicar claramente el rol de la información precisa sobre el apego en la toma de decisiones médicas
- 4 No preguntar sobre “olvidar” u “omitir” dosis hasta que los 3 primeros pasos hayan sentado las bases

Resumen





Manejo de Lumbalgia: Resumen

- Debe usarse un enfoque interdisciplinario para tratar el dolor
 - Incluye la educación del paciente y terapias no-farmacológicas
- Los pacientes con lumbalgia deben volver a la actividad rápida y gradualmente
 - No se recomienda el reposo en cama
- El ejercicio supervisado y la terapia cognitiva conductual pueden ser útiles para lumbalgia crónica
- La farmacoterapia para lumbalgia puede incluir acetaminofén, AINEs/coxibs, opioides débiles y/o relajantes musculares
 - La adición de ligandos $\alpha_2\delta$ o TCAs debe considerarse si existe dolor radicular
- Los pacientes con lumbalgia de larga duración deben ser evaluados para dolor neuropático y sensibilización central/dolor disfuncional
 - Estos pacientes pueden requerir la referencia a un especialista