

A watercolor illustration of a person from the back, holding a large bouquet of flowers. The person's head and shoulders are rendered in warm orange and red tones. The bouquet is composed of several flowers in shades of yellow, orange, and red, with green stems and leaves. The background is a soft, light blue wash. The text 'KNOW LOW BACK PAIN' is overlaid in the center in a bold, white, 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

# Tabla de Contenidos

---

- ¿Qué es lumbalgia?
- ¿Qué tan común es la lumbalgia?
- ¿Cómo pueden ser diferenciados los diferentes tipos de lumbalgia entre sí en la práctica clínica?
- ¿Qué señales de advertencia y de alarma deben indicar que el paciente debe ser referido o investigaciones adicionales?
- ¿Cómo debe ser tratado la lumbalgia con base en su patofisiología?

# ¿Qué es lumbalgia?

- Dolor debajo del margen costal y sobre los pliegues de los glúteos, con o sin irradiación a las extremidades inferiores<sup>1</sup>
- lumbalgia **aguda** vs. **crónica** es dolor clasificado de acuerdo con la duración:
  - **Aguda**: menos de 3 meses<sup>2,3</sup>
  - **Subaguda**: 6 a 12 semanas<sup>1</sup>
  - **Crónica**: más de 3 meses<sup>2,3</sup>



# Pregunta para Discusión

---

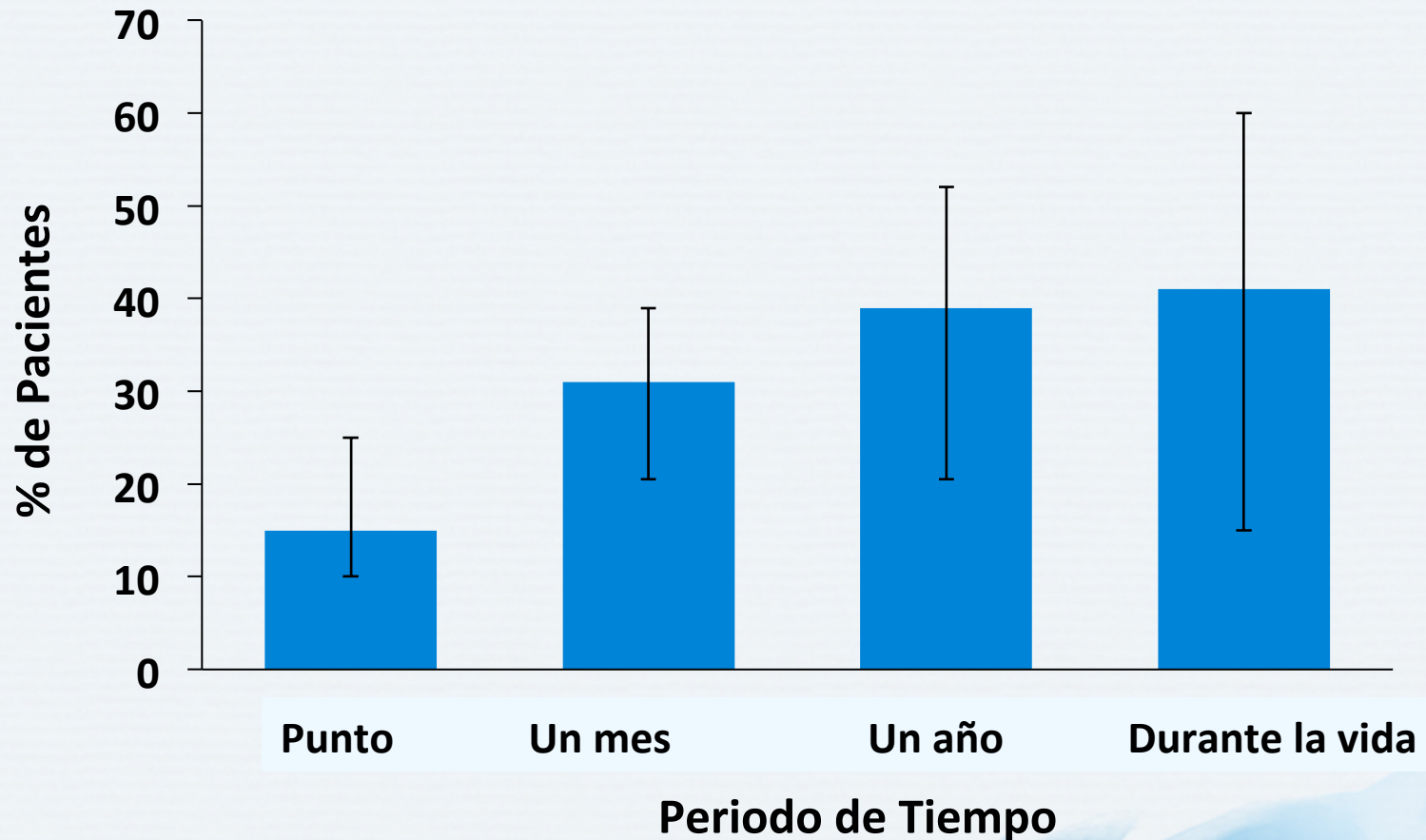
**¿CUÁNTOS PACIENTES QUE  
PADECEN LUMBALGIA ATIENDE  
DURANTE UNA SEMANA TÍPICA?**

# Epidemiología de la Lumbalgia

---

- >**80%** de los adultos experimentan dolor de espalda en algún momento de su vida<sup>1</sup>
- La mayor incidencia es en la tercera década<sup>2</sup>
- La prevalencia general aumenta con la edad hasta la edad de 60–65 años<sup>2</sup>
- Hombres y Mujeres son igualmente afectados<sup>3</sup>
- **5º** razón principal de visitas al médico<sup>4</sup>
- **2º** razón más común (después de la enfermedad respiratoria) de consultas médicas relacionadas con síntomas<sup>4</sup>
- La causa **más común** de discapacidad laboral<sup>5</sup>

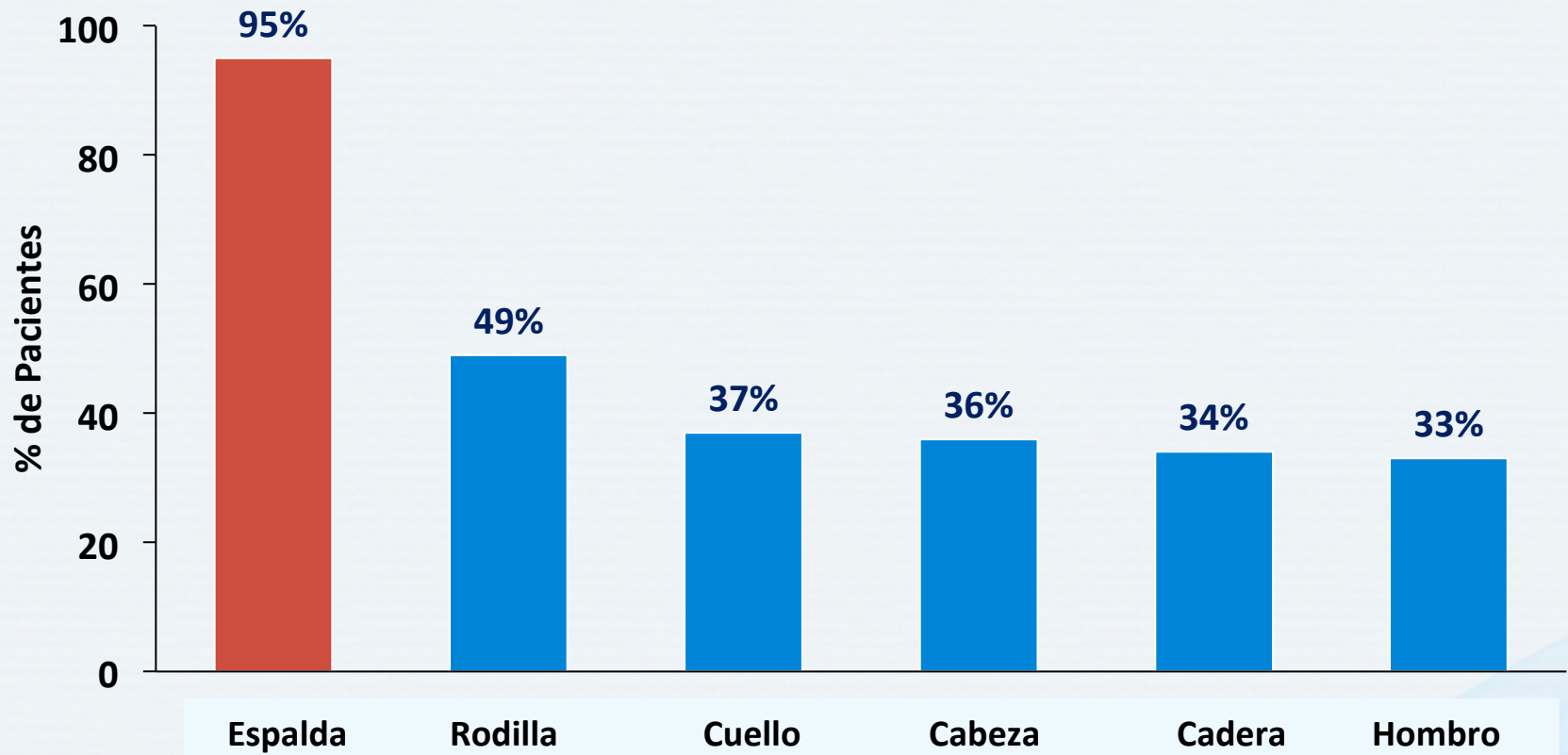
# Prevalencia Promedio de Lumbalgia





# La Espalda Baja es el Sitio Más Común de Dolor Crónico No por Cáncer

Porcentaje de Pacientes con Dolor Crónico que se Quejan de Dolor en Sitios Comunes del Cuerpo\*



\*Con base en una encuesta a médicos

Boulanger A et al. *Pain Res Manage* 2007; 12(1):39-47.

# Causas Comunes de Lumbalgia

---

## **Mecánica (80-90%)**

(ej: degeneración de disco, vértebras fracturadas, inestabilidad, causa desconocida [en la mayoría de los casos])

## **Neurogénica (5-15%)**

(ej: disco herniado, estenosis espinal, daño de osteofito a raíz nerviosa)

## **Padecimientos de la columna no-mecánicos (1-2%)**

(ej: neoplasia, infecciones, artritis inflamatoria, enfermedad de Paget)

## **Dolor visceral referido (1-2%)**

(ej: enfermedad gastrointestinal, enfermedad renal, aneurisma aórtico abdominal)

## **Otras (2-4%)**

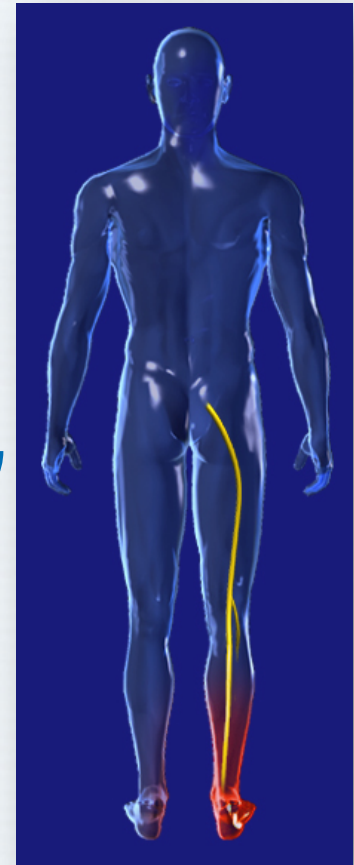
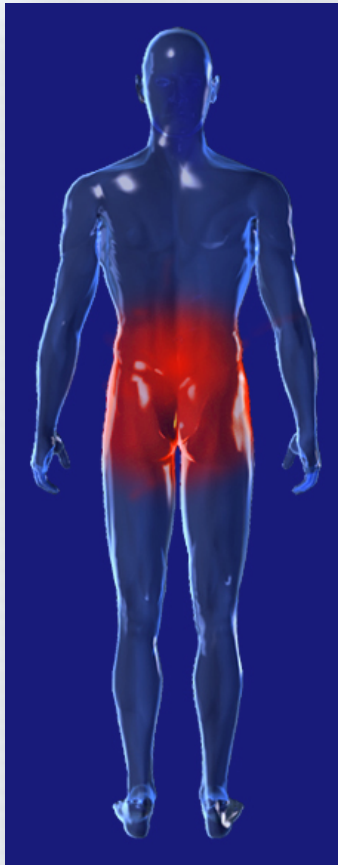
(ej: fibromialgia, trastorno somatoforme, dolor "falso")

# Patofisiología de la Lumbalgia

---



# Componentes Nociceptivos y Neuropáticos Pueden Estar Presentes en la Lumbalgi



**Componente Nociceptivo**

**Componente Neuropático**

# Componente Neuropático de la Lumbalgia

---

El componente neuropático de la lumbalgia puede ser causado por:

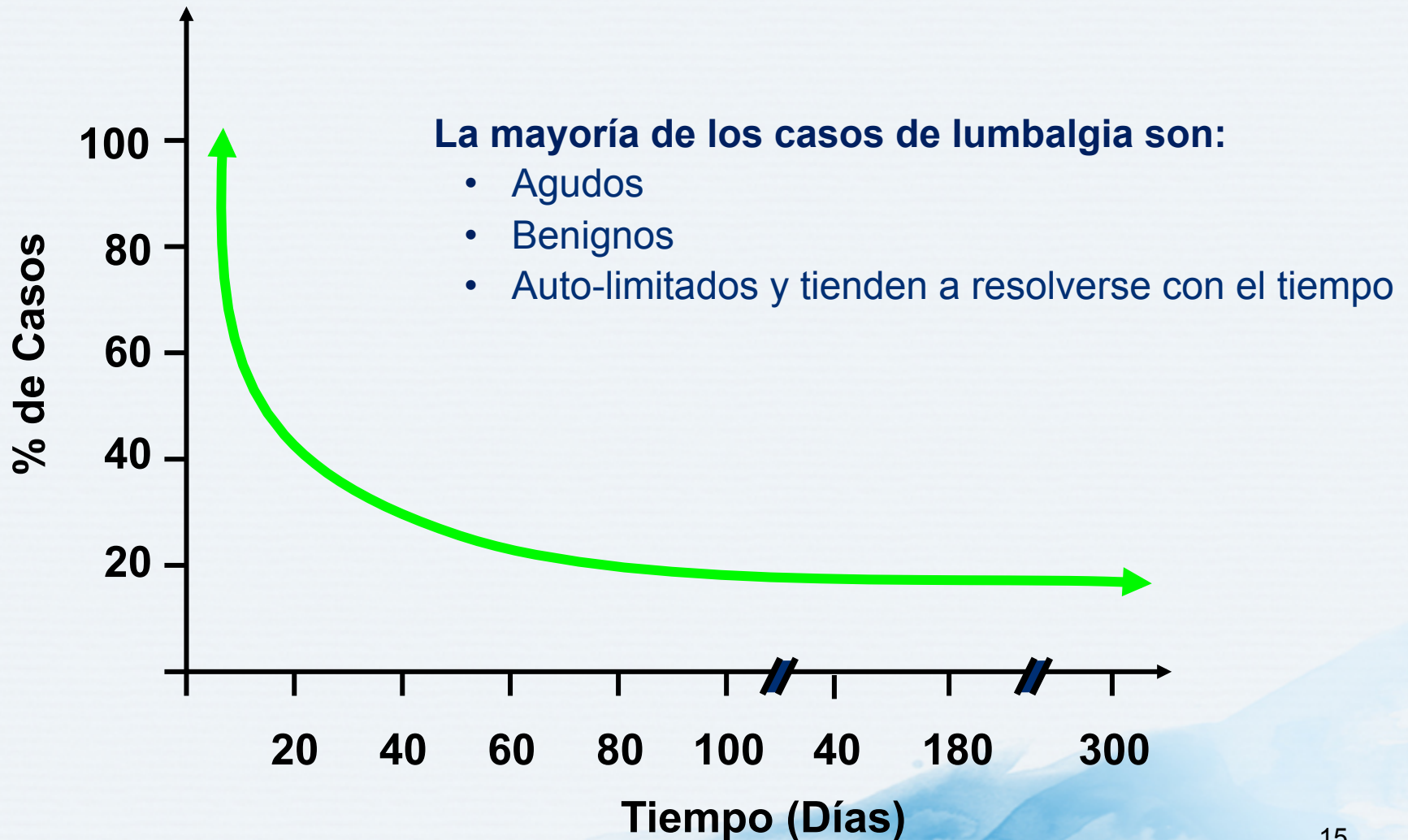
- Lesiones de reinervación nociceptiva en el disco degenerado (*Dolor neuropático localizado*)
- Compresión mecánica de la raíz nerviosa (*dolor neuropático de la raíz nerviosa mecánico*)
- Mediadores inflamatorios liberados del disco degenerado (*dolor neuropático de la raíz nerviosa inflamatorio*) pero sin compresión mecánica

# Pregunta para Discusión

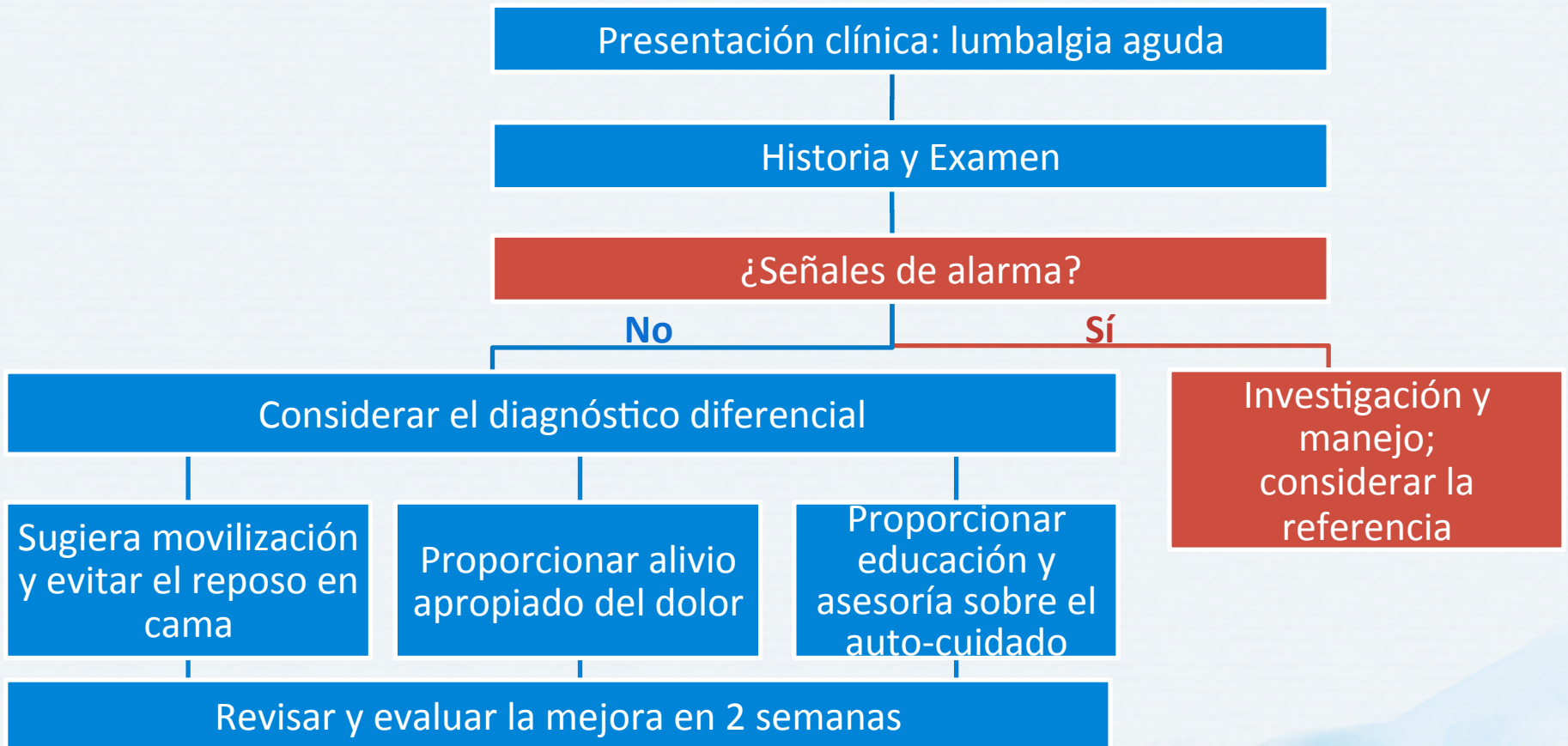
---

**¿CUÁNTO TIEMPO TARDA LA  
MAYORÍA DE SUS PACIENTES EN  
RECUPERARSE DE LUMBALGIA?**

# Historia Natural de la Lumbalgia



# Manejo de Lumbalgia Aguda





# Pregunta para Discusión

---

**¿CUÁNDO REFIERE A SUS  
PACIENTES CON LUMBALGIA  
AGUDA A UN ESPECIALISTA?**



# Las “Señales de alarma” Requieren Investigación y/o Referencia Inmediata

Padecimiento Potencial	Señales de alarma
Cáncer	<ul style="list-style-type: none"><li>• Historia personal de cáncer</li><li>• Pérdida de peso</li><li>• Edad &gt;50 años</li></ul>
Infección	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fiebre</li><li>• Uso de drogas IV</li><li>• Infección reciente</li></ul>
Fractura	<ul style="list-style-type: none"><li>• Osteoporosis</li><li>• Uso de esteroides</li><li>• Trauma</li><li>• Mayor edad</li></ul>
Déficit neurológico focal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Síntomas progresivos o discapacitantes</li></ul>
Síndrome de cauda equina	<ul style="list-style-type: none"><li>• Retención urinaria</li><li>• Déficit motor multinivel</li><li>• Incontinencia fecal</li><li>• Parestesia en silla de montar</li></ul>

# Diagnóstico Diferencial de Lumbalgia Aguda

Intrínseco columna vertebral	Sistémico	Referido
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fractura de compresión</li><li>• Distensión/esguince lumbar</li><li>• Disco herniado</li><li>• estenosis espinal</li><li>• Espondilolistesis</li><li>• Espondilolisis</li><li>• Espondilosis (enfermedad degenerativa de disco o articulación facetaria)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Malignidad</li><li>• Infección (disquitis vertebral/osteomielitis)</li><li>• Enfermedad de tejido conectivo</li><li>• Espondiloartropatía inflamatoria</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Padecimientos gastrointestinales(pancreatitis, enfermedad por úlcera péptica, colecistitis)</li><li>• Padecimientos pélvicos (endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, prostatitis)</li><li>• Padecimientos retroperitoneales (cólico renal, pielonefritis)</li><li>• Herpes zoster</li></ul>

**¡Cuando sea posible, es importante identificar y tratar las causas subyacentes del dolor!**

# Dolor Neuropático en Lumbalgia Crónica

---

Hasta 37% de los pacientes  
con lumbalgia  
crónica  
pueden tener un  
**componente  
neuropático**  
en su dolor

# Reconociendo el Dolor Neuropático

**Estar alerta sobre los descriptores verbales comunes de dolor neuropático.**



***Quemante***



***Hormigueo***



***Piquetes***



***Como descarga eléctrica***



***Entumecimiento***

- Existen varias herramientas de evaluación de dolor neuropático
- Las herramientas se basan mayormente en descriptores verbales comunes del dolor, aunque algunas pruebas también incluyen pruebas físicas
- La selección de la herramienta puede basarse en la facilidad de uso

# Herramientas de Evaluación de Dolor Neuropático

	LANSS	DN4	NPQ	painDETECT	ID dolor
<i>Síntomas</i>					
Punzadas, hormigueo, piquetes	X				
Como descarga eléctrica o intenso	X				
Caliente o Urente	X				
Entumecimiento		X	X	X	X
de	<b>Seleccione la herramienta(s) con base en <i>la facilidad de uso y validación en el idioma local</i></b>				X
de					
<i>Examen clínico</i>					
Alodinia al roce	X				
Umbral elevado al toque suave	X				
Umbral del dolor al pinchazo	X	X			

Las Herramientas de Evaluación de Dolor Neuropático dependen en gran medida de los descriptores verbales del dolor

Algunas herramientas de evaluación incluyen también pruebas físicas

DN4 = Cuestionario de Dolor neuropático en 4 preguntas (DN4);  
 LANSS = Evaluación de Signos y Síntomas Neuropáticos de Leeds; NPQ = Cuestionario de Dolor Neuropático  
 Bennett MI et al. Pain 2007; 127(3):199-203; Haanpää M et al. Pain 2011; 152(1):14-27.

# Pregunta para Discusión

---

**¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE DA SEGUIMIENTO A LOS PACIENTES QUE PRESENTAN LUMBALGIA AGUDA?**

# Recomendaciones para el Seguimiento de Pacientes con Lumbalgia Aguda

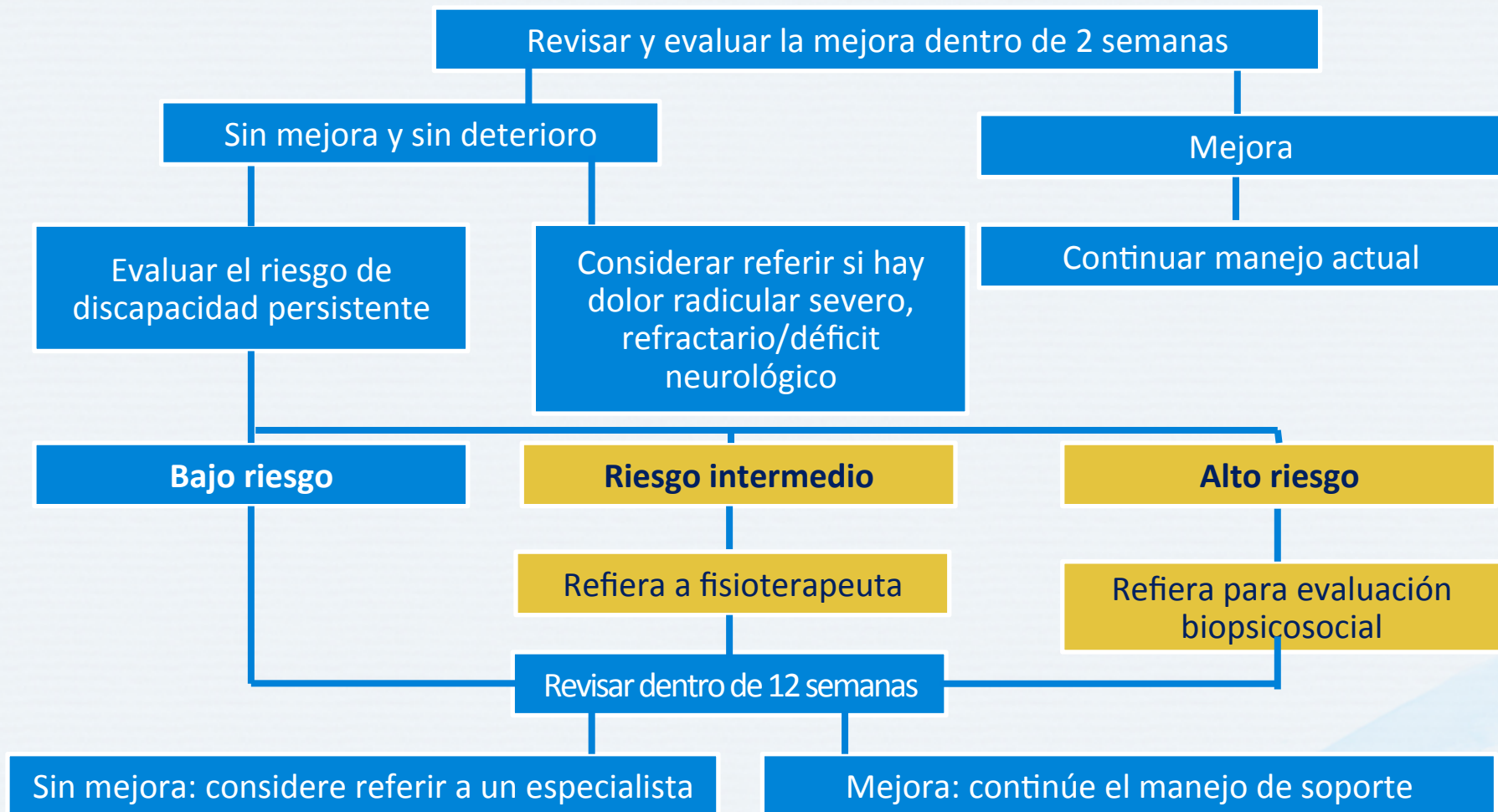
Población de Pacientes	Frecuencia del seguimiento
Todos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 semanas después de la visita inicial</li> <li>• Opciones de seguimiento: teléfono, e-mail o consulta</li> <li>• El seguimiento adicional está indicado</li> </ul>
Pacientes considerados en alto riesgo de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

**\*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. *Lumbalgia: Early Manejo de Persistent Non-specific lumbalgia*. National Collaborating Centre for atención primaria and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009.



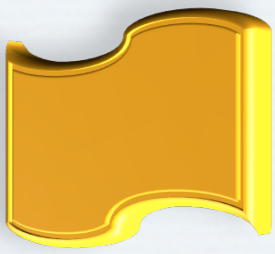
# Seguimiento de Pacientes con Lumbalgia Aguda



# Pregunta para Discusión

---

**¿EN SU PRÁCTICA REGULAR,  
EVALÚA REGULARMENTE EL  
DESARROLLO DE DOLOR CRÓNICO?  
¿SI ES ASÍ, CÓMO LO HACE?**

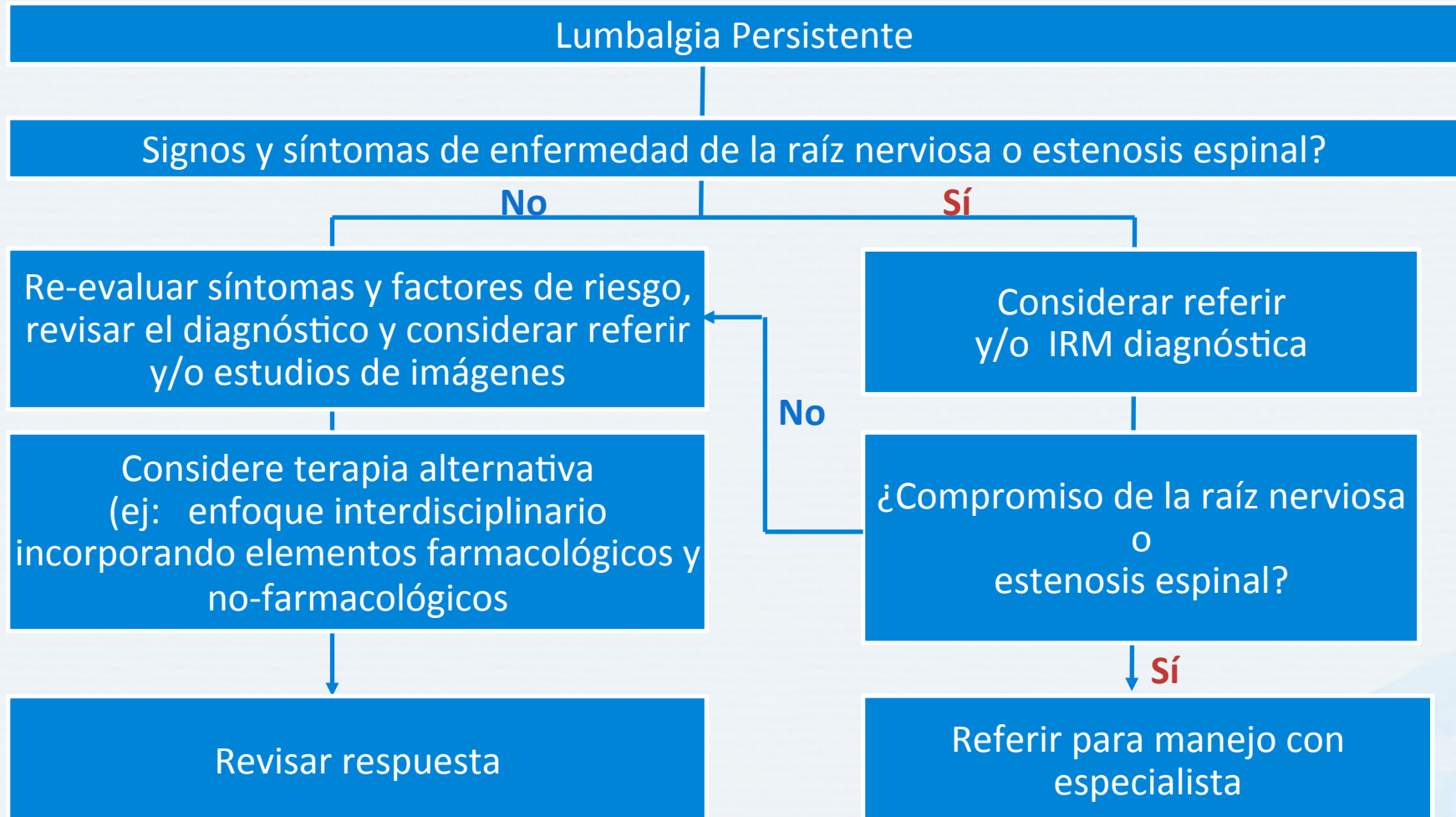


# Pacientes en Riesgo de Desarrollar Dolor Crónico

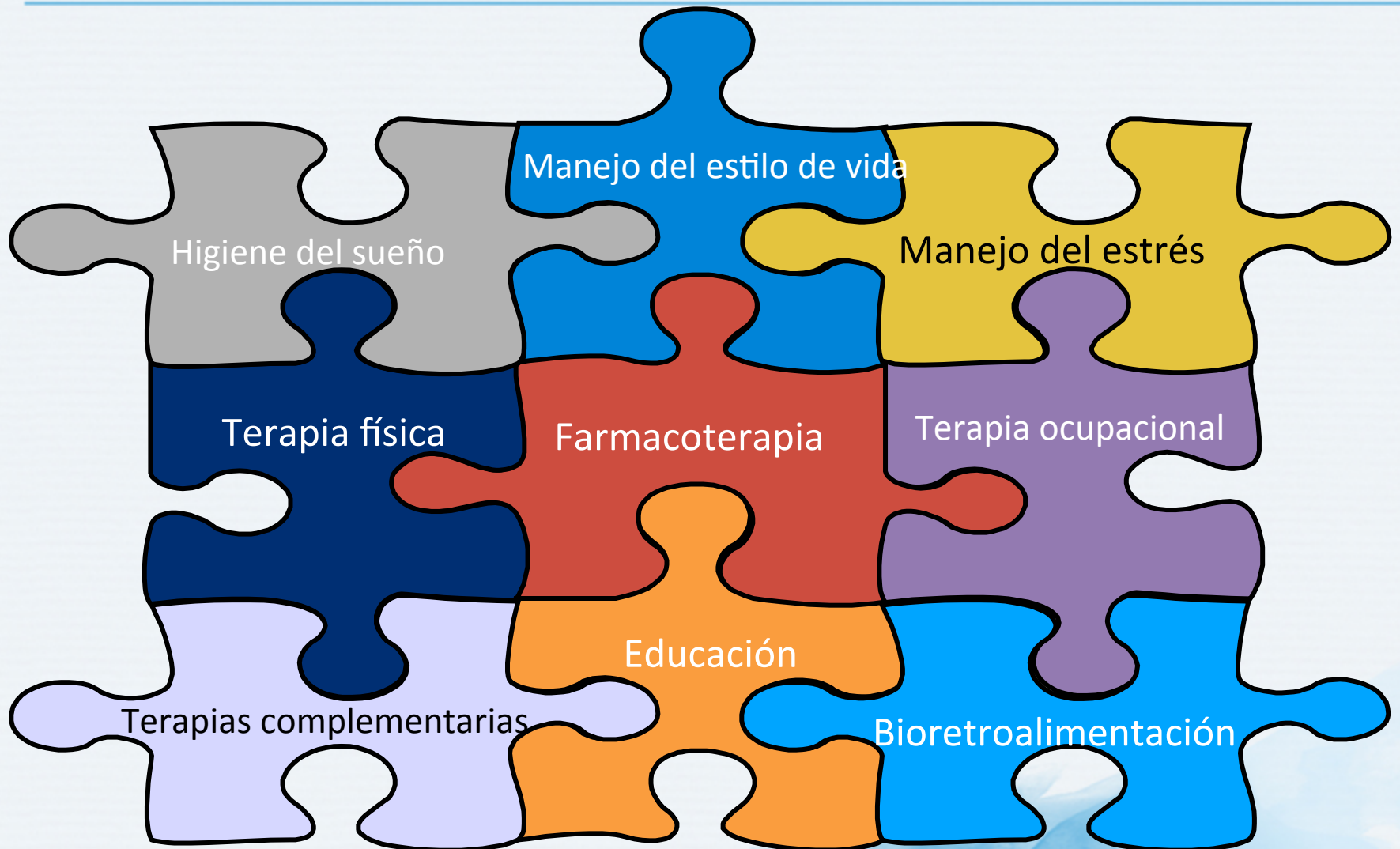
**Las señales de alerta son características del paciente que pueden indicar problemas a largo-plazo que requieren la atención del médico, particularmente en términos de volver a trabajar.**

- Actitud pesimista hacia el dolor, temor excesivo al movimiento y la actividad y poca esperanza de mejora
- Problemas relacionados con el trabajo (ej: insatisfacción, conflictos)
- Problemas emocionales (ej: depresión, ansiedad, preocupación)
- Dolor generalizado (ej: cefalea, fatiga, mareo)
- Deseo de tratamiento pasivo, poca habilidad para ser proactivo
- Episodios previos de lumbalgia seguidos por un periodo de tiempo prolongado

# Manejo de Lumbalgia Persistente\*



# Tratamiento Multimodal de Lumbalgia



# Pregunta para Discusión

---

**¿QUÉ ENFOQUES NO-FARMACOLÓGICOS  
PARA EL MANEJO DE LUMBALGIA  
INCORPORA EN SU PRÁCTICA?  
¿POR CUÁLES MODALIDADES NO-  
FARMACOLÓGICAS PREGUNTAN  
REGULARMENTE SUS PACIENTES?**

# 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 biopsicofísica multidisciplinaria integrada

Masaje

Yoga

Terapia de calor

Colchón medianamente firme

Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea

## 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

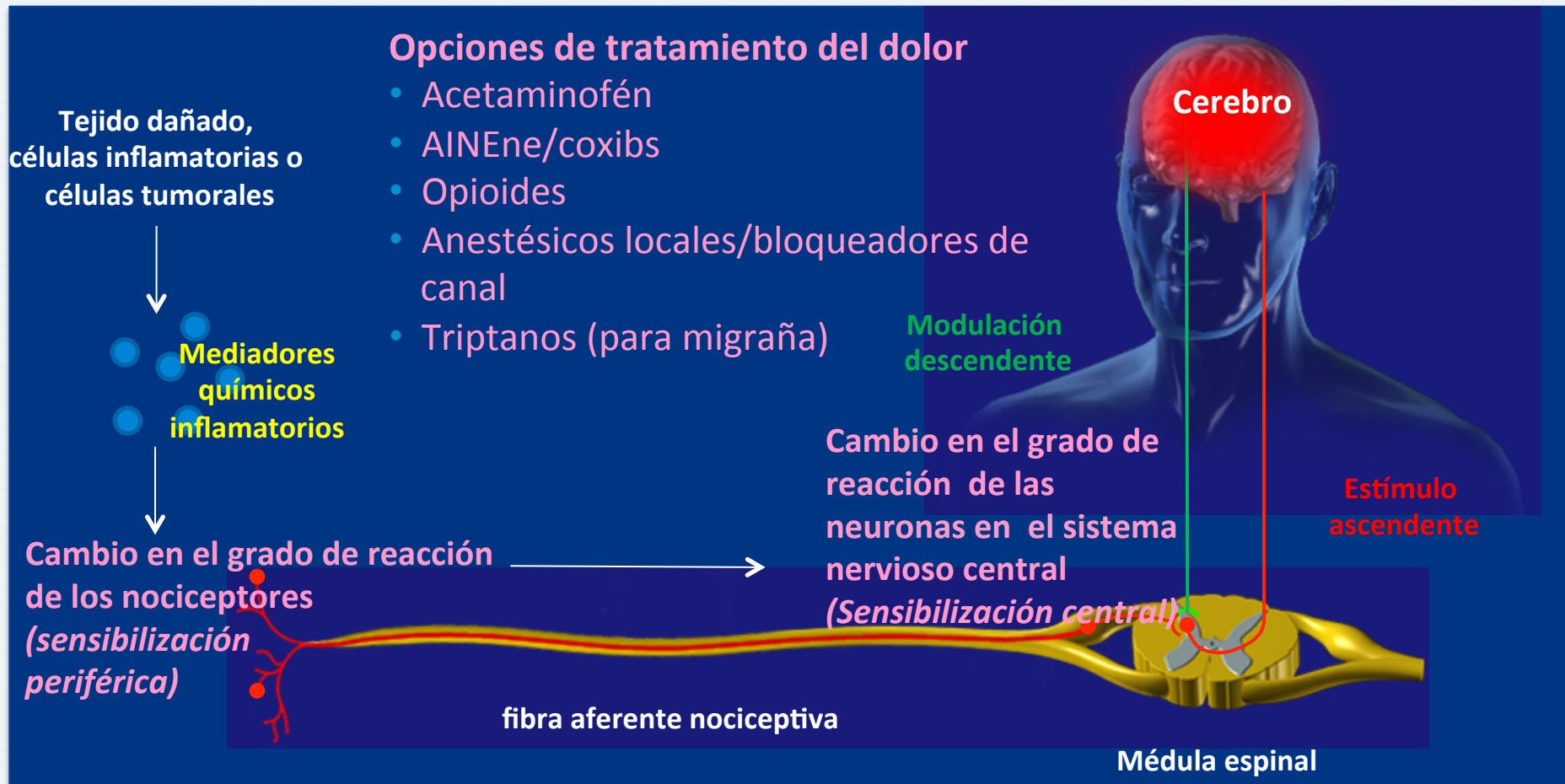
# Farmacoterapia para Lumbalgia

---

- 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 de Dolor Inflamatorio



# Acetaminofén para el Manejo de Lumbalgia

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

**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.

# AINEne/Coxibs para el Manejo de Lumbalgia

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

**Opción de primera-línea en lumbalgia aguda y crónica**

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

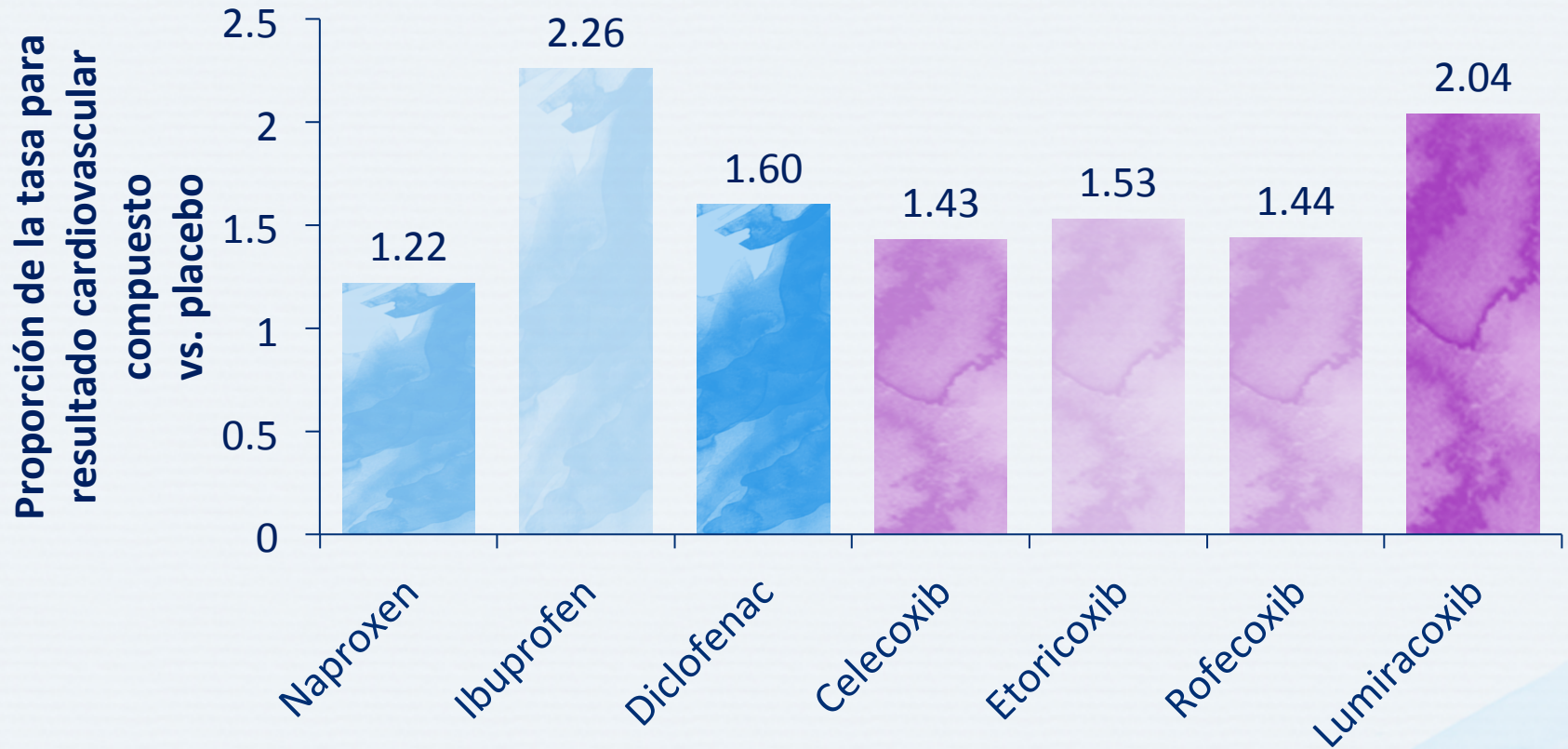
Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Schnitzer TJ et al. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28(1):72-95; van Tulder M et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2:CD000396; Vane JR, Botting RM. *Inflamm Res* 1995;44(1):1-10.

# Pregunta para Discusión

---

**¿CÓMO EVALÚA EL RIESGO  
GASTROINTESTINAL Y CARDIOVASCULAR  
EN PACIENTES A QUIENES ESTÁ  
CONSIDERANDO PRESCRIBIR UN AINE  
O UN COXIB?**

# AINe/Coxibs y Riesgo Cardiovascular

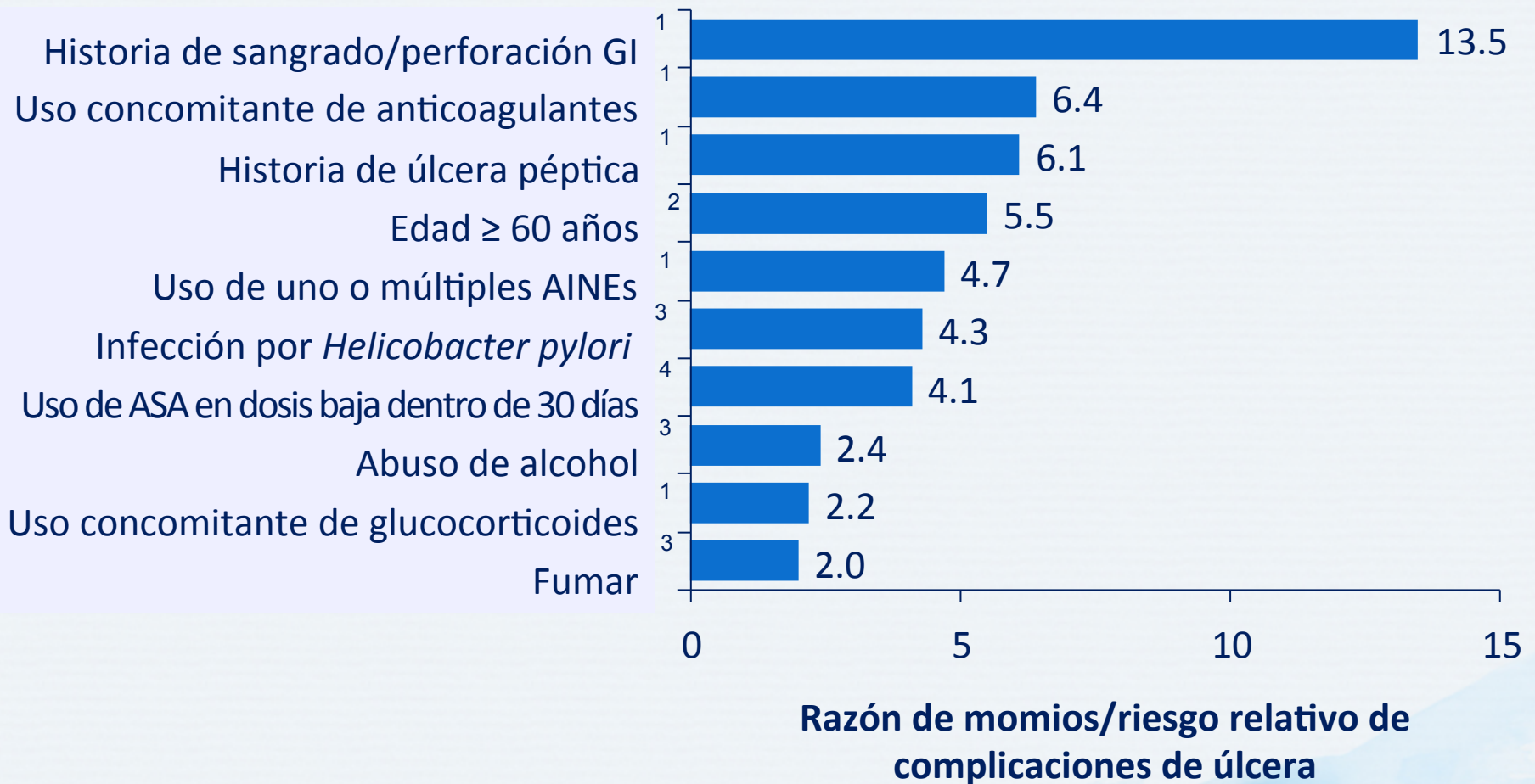


El compuesto incluye infarto del miocardio no-fatal, accidente vascular cerebral no-fatal, o muerte cardiovascular en comparación con el placebo; tabla basada en un meta-análisis de la red incluyendo 30 ensayos y más de 100,000 pacientes.

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

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

# Factores de Riesgo de Complicaciones Gastrointestinales Asociadas con AINEs/Coxibs



ASA = ácido acetilsalicílico; coxib = inhibidor específico de COX-2 ; GI = gastrointestinal; AINE= droga antiinflamatoria no-esteroides; AINEs= droga antiinflamatoria no esteroidea no-selectiva; ISRS= inhibidor selectivo de recaptación de serotonina

1. Garcia Rodriguez 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. Garcia Rodriguez 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.

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

**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

# Pregunta para Discusión

---

**¿QUÉ EFECTOS SECUNDARIOS POTENCIALES DISCUTE CON SUS PACIENTES A QUIENES ESTÁ CONSIDERANDO PRESCRIBIR UN OPIOIDE?**

# 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.

# 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

# Tratamiento Farmacológico de Dolor Neuropático Basado en el Mecanismo

## Medicamentos que afectan la sensibilización periférica:

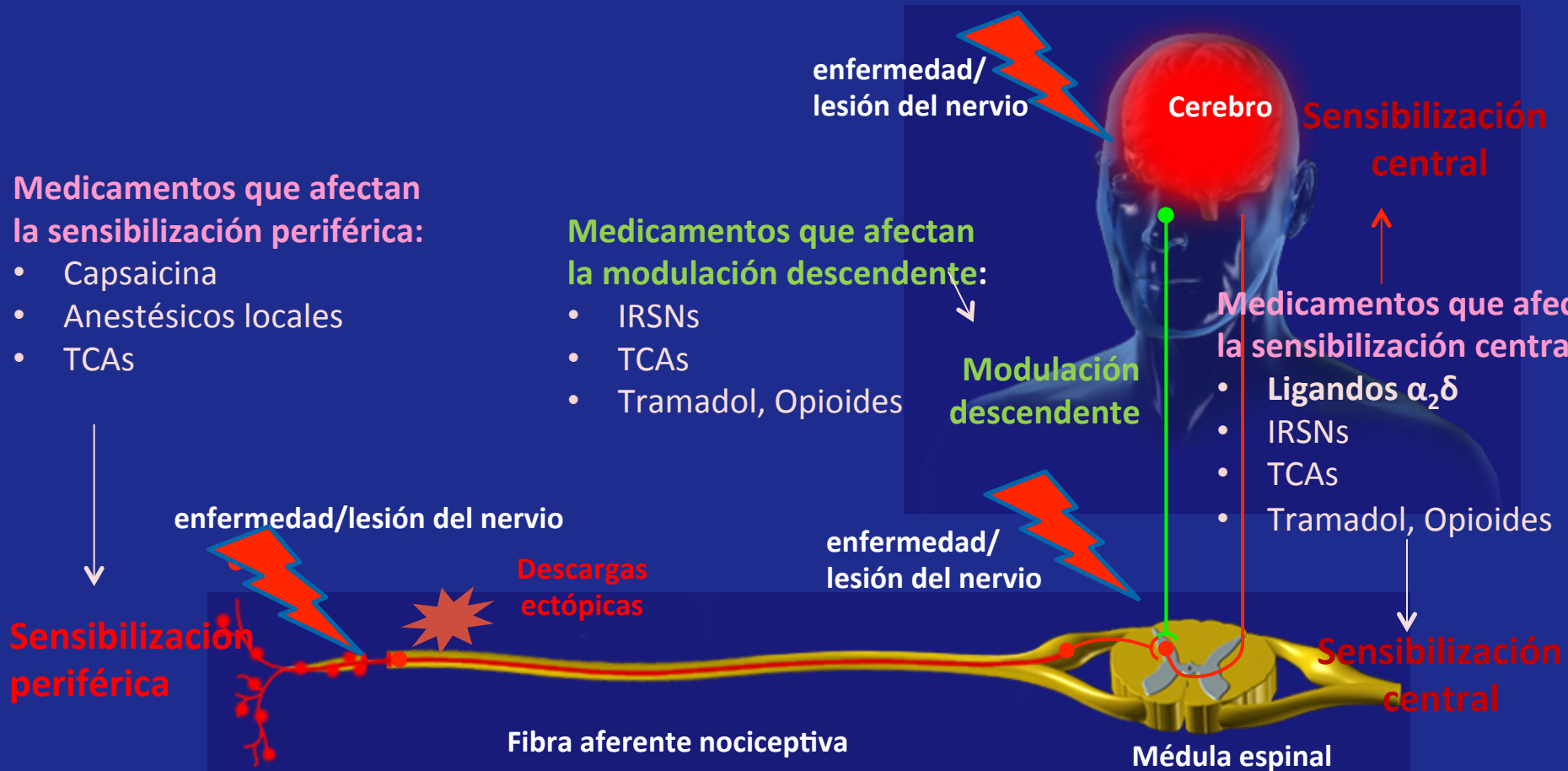
- Capsaicina
- Anestésicos locales
- TCAs

## Medicamentos que afectan la modulación descendente:

- IRSNs
- TCAs
- Tramadol, Opioides

## Medicamentos que afectan la sensibilización central:

- Ligandos  $\alpha_2\delta$
- IRSNs
- TCAs
- Tramadol, Opioides



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

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

**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.

# Terapias No Recomendadas para Lumbalgia

ASA	Benzodiacepinas	Corticosteroides Sistémicos
<ul style="list-style-type: none"><li>Evidencia insuficiencia para permitir la recomendación de su uso como analgésico en pacientes con lumbalgia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Riesgo de abuso, adicción y tolerancia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Oral o parenteral</li><li>No más efectivo que el placebo</li></ul>

## 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.



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

**Coxib = COX-2 inhibitor; AINEs= droga antiinflamatoria no-esteroidea**

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

# Recomendaciones Terapéuticas para el Manejo de Lumbalgia

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

# Mensajes Clave

---

- La mayoría de las personas padecen lumbalgia en algún momento de sus vidas
- 90% de las veces la lumbalgia es benigna y auto-limitada
  - Las “Señales de Alerta” pueden ayudar a identificar a las personas con riesgo de dolor crónico
- Las “Señales de alarma” que requieren acción inmediata deben ser evaluadas en todos los pacientes que presentan lumbalgia
- El dolor debe ser evaluado usando un enfoque interdisciplinario que incluya educación del paciente y terapias no-farmacológicas

# Mensajes Clave (continúa)

---

- La farmacoterapia para lumbalgia aguda puede incluir acetaminofén, AINEs/coxibs, opioides débiles y/o relajantes musculares
  - La adición de ligandos  $\alpha_2\delta$  o TCAs debe ser considerada si existe dolor radicular
- Los pacientes con lumbalgia de larga duración deben ser evaluados para dolor neuropático y sensibilización central/ dolor disfuncional
  - Estos pacientes podrían requerir ser referidos a un especialista