

A watercolor illustration of a person from the waist up, holding a large bouquet of flowers. The person is rendered in warm tones of orange, red, and yellow. The bouquet is composed of various flowers, including a large yellow one and several blue ones, 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

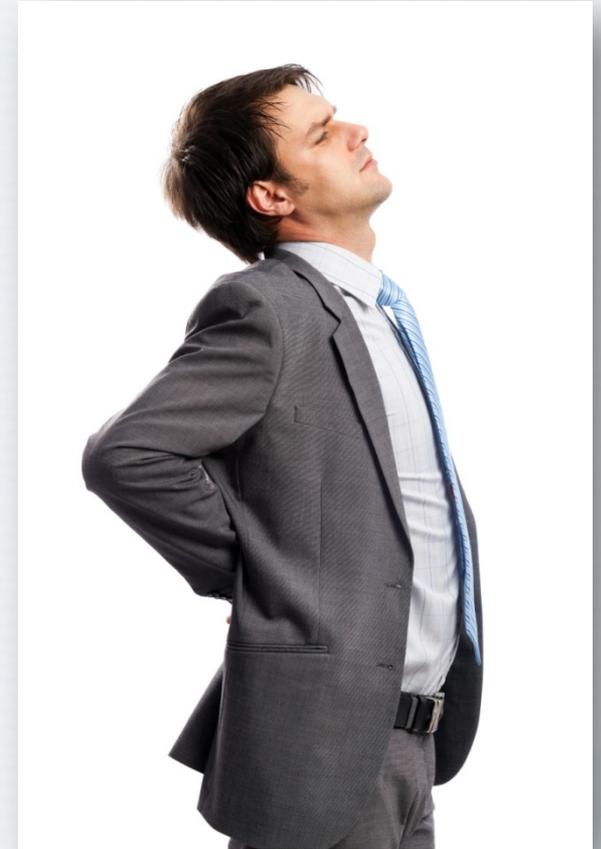
- Al terminar este módulo, los participantes podrán:
 - Discutir la prevalencia de la lumbalgia aguda y crónica
 - Entender el impacto de la lumbalgia en el funcionamiento y calidad de vida del paciente
 - Usar herramientas apropiadas para el diagnóstico de lumbalgia
 - Identificar señales de advertencia 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 inferiores¹
- lumbalgia **aguda** vs. **crónica** es dolor clasificado de acuerdo con la duración:
 - **Aguda**: menos de 3 meses^{2,3}
 - **Subaguda**: 6 a 12 semanas¹
 - **Crónica**: más de 3 meses^{2,3}



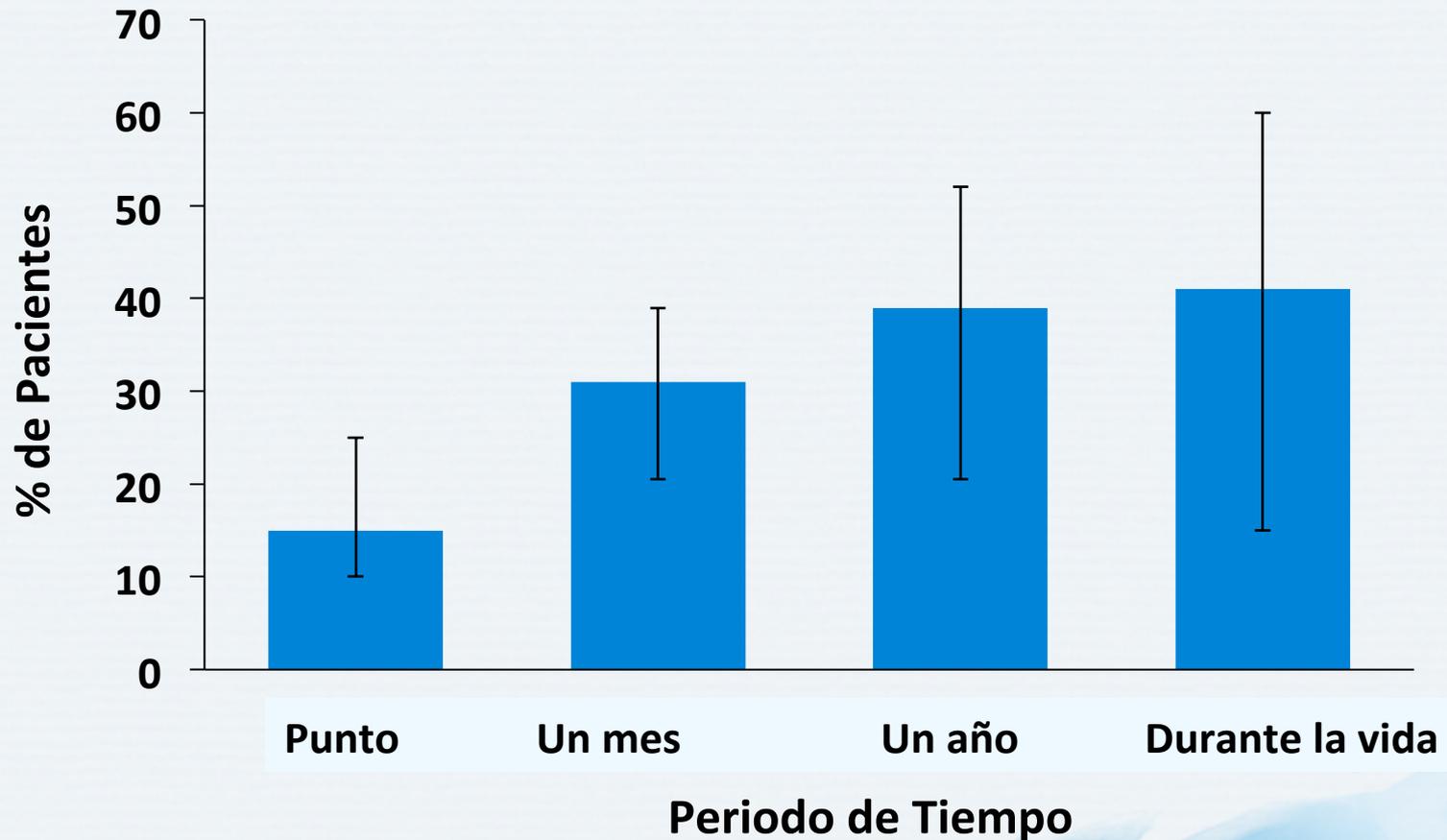
Pregunta para Discusión

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

Epidemiología de la Lumbalgia

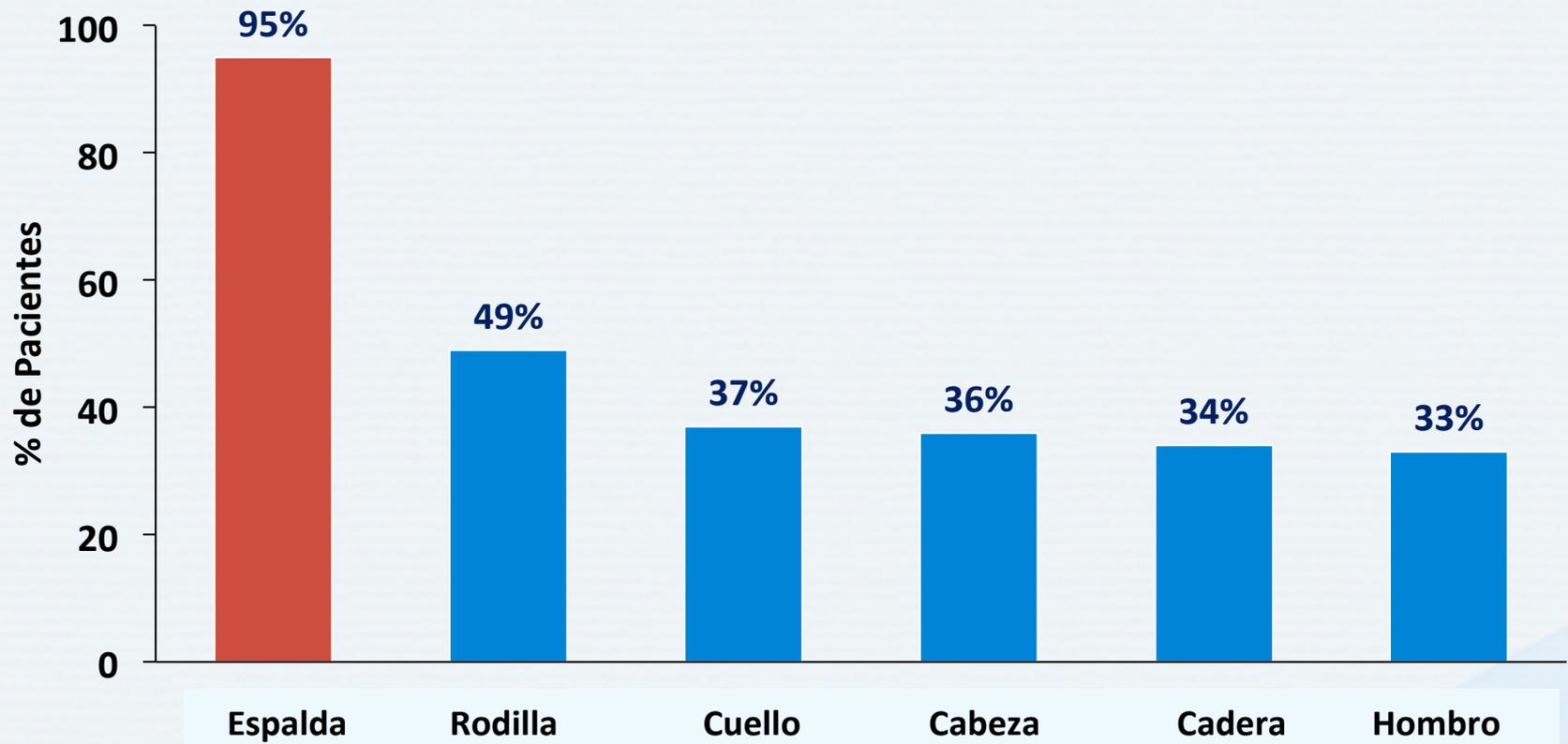
- >**80%** de los adultos experimentan dolor de espalda en algún momento de su vida¹
- La mayor incidencia es en la tercera década²
- La prevalencia general aumenta con la edad hasta la edad de 60–65 años²
- Hombres y Mujeres son igualmente afectados³
- **5º** razón principal de visitas al médico⁴
- **2º** razón más común (después de la enfermedad respiratoria) de consultas médicas relacionadas con síntomas⁴
- La causa **más común** de discapacidad laboral⁵

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

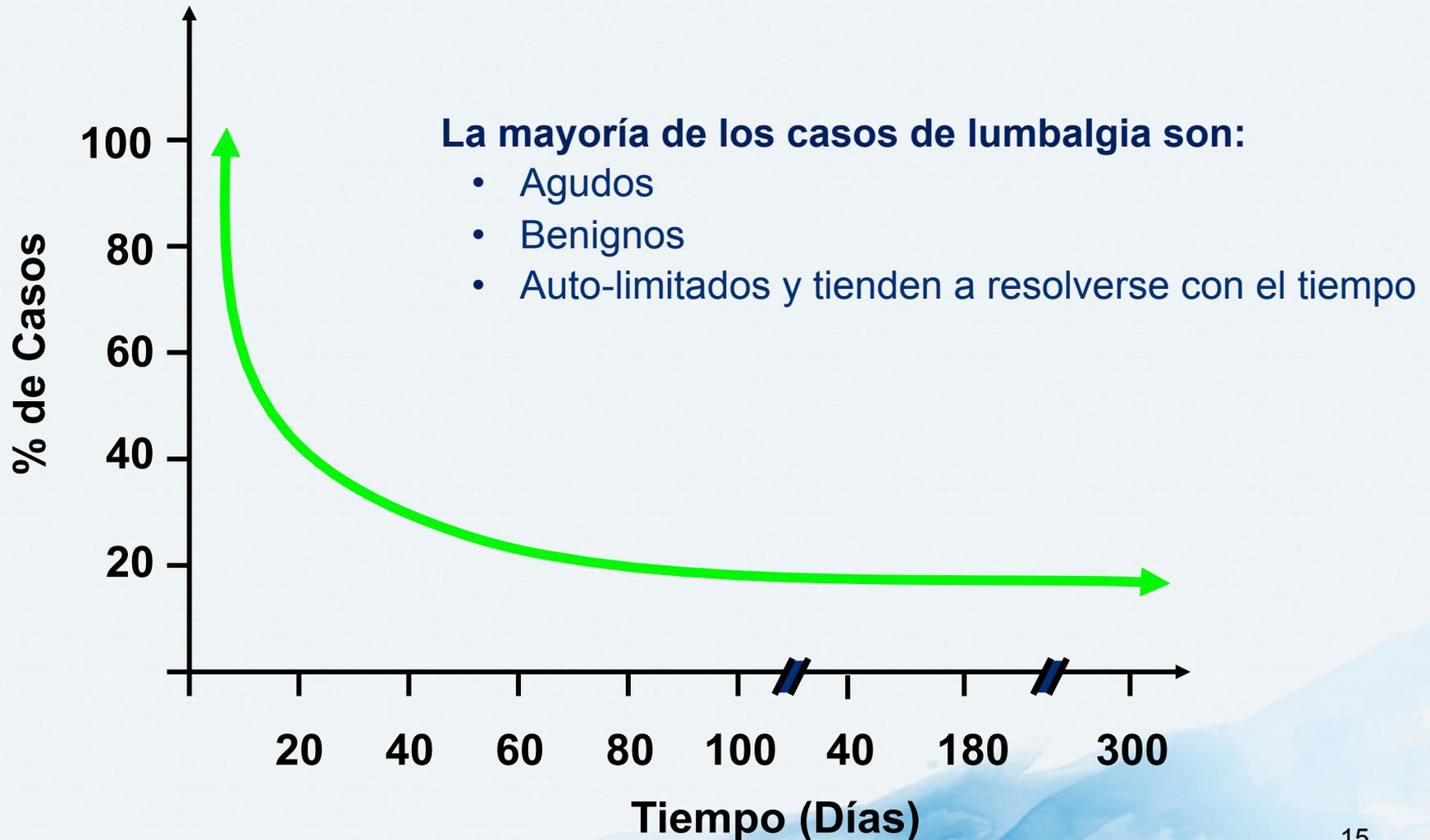
El componente neuropático de la lumbalgia puede ser causado por:

- 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

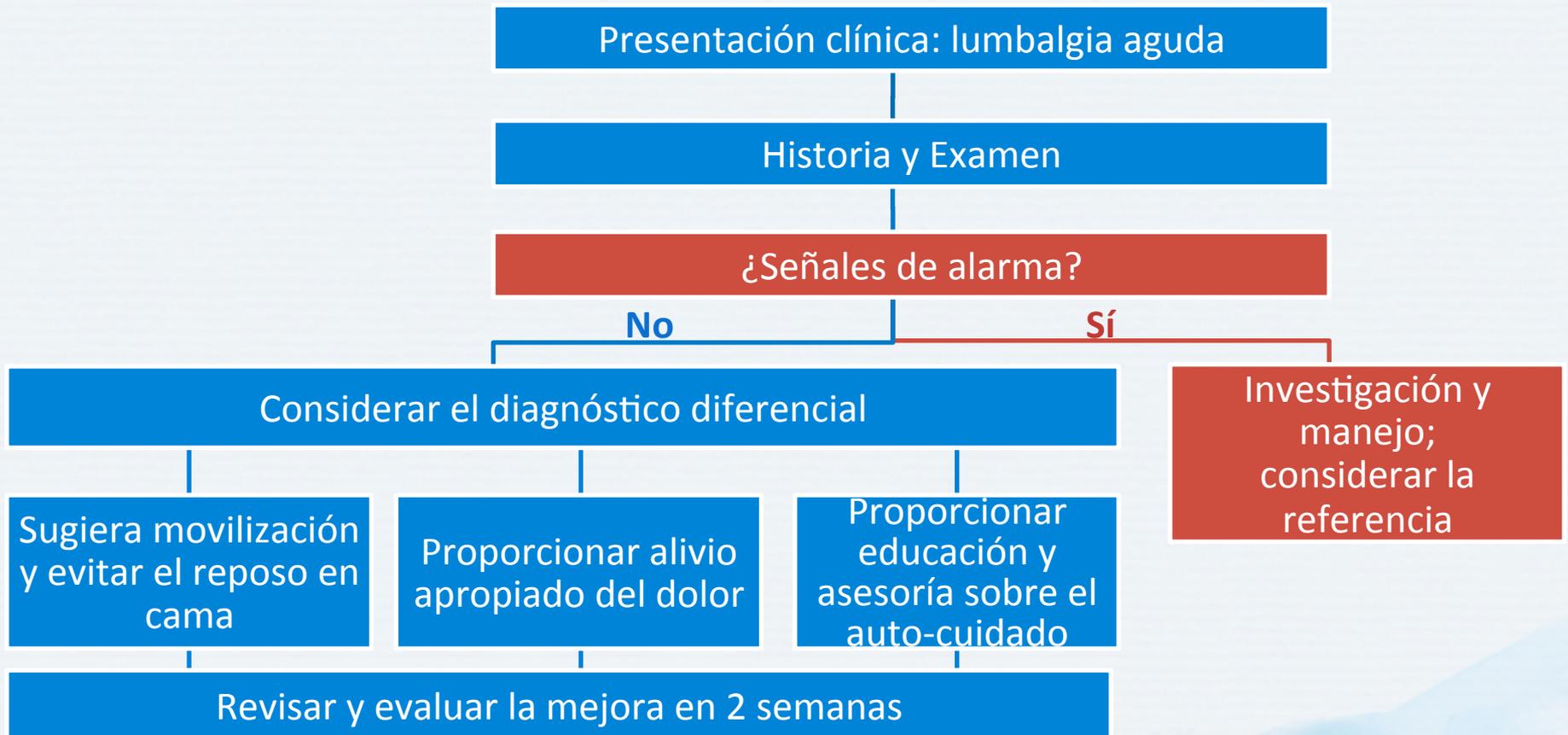
Pregunta para Discusión

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

Diagnóstico Diferencial de Lumbalgia Aguda

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

¡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	Seleccione la herramienta(s) con base en <i>la facilidad de uso y validación en el idioma local</i>				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?

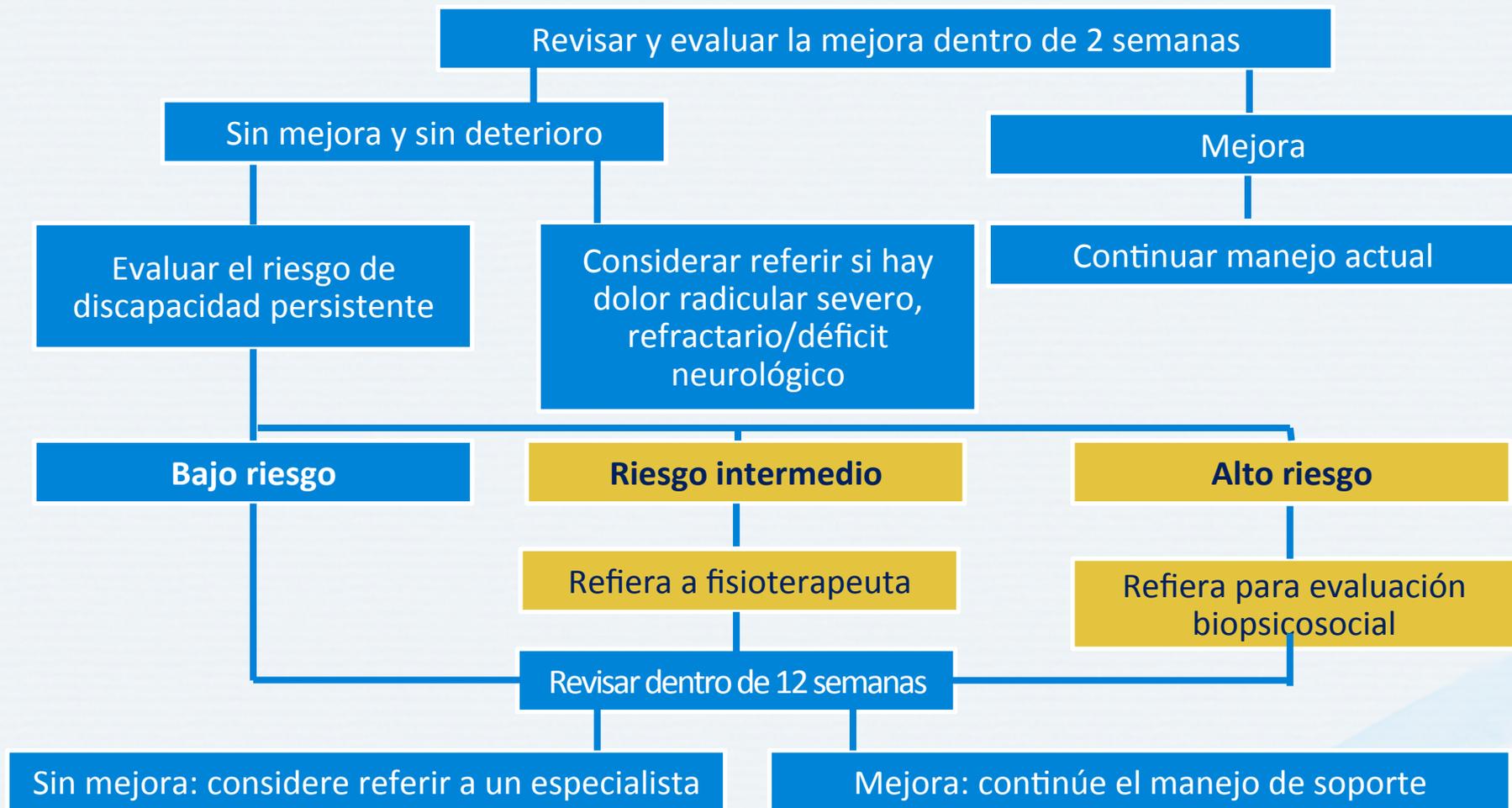
Recomendaciones para el Seguimiento de Pacientes con Lumbalgia Aguda

Población de Pacientes	Frecuencia del seguimiento
Todos	<ul style="list-style-type: none"> • 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. *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?**

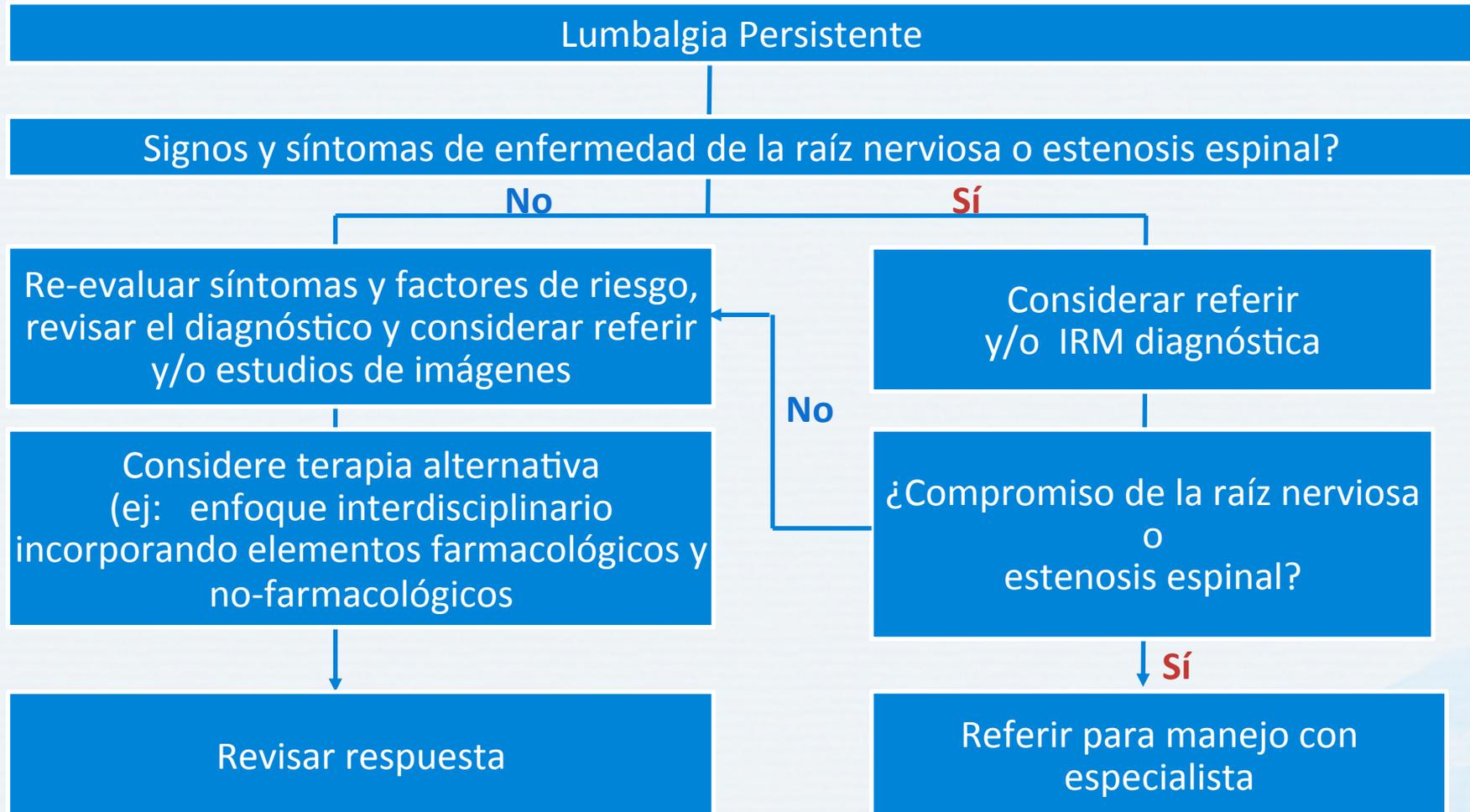


Pacientes en Riesgo de Desarrollar Dolor Crónico

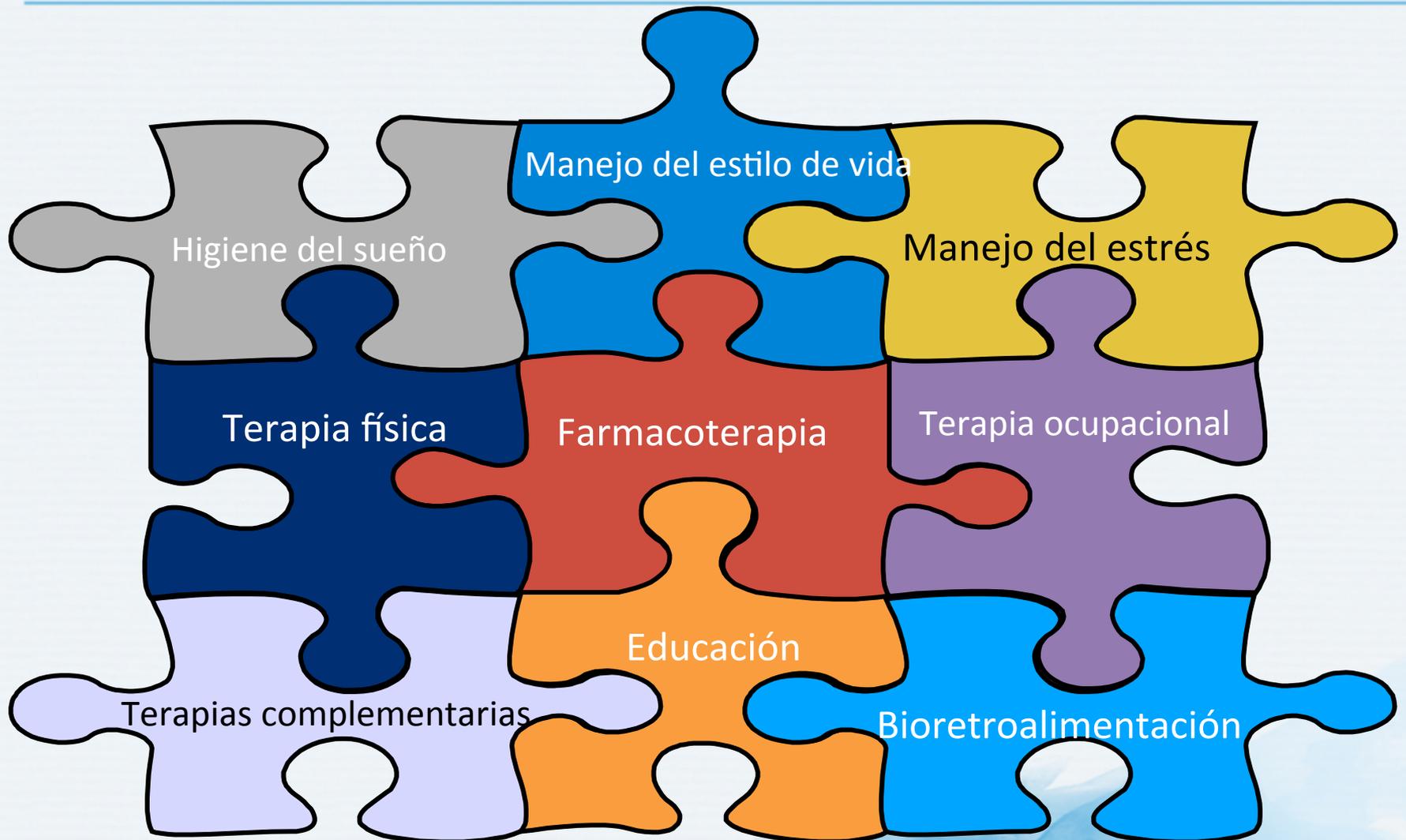
Las señales de alerta son características del paciente que pueden indicar problemas a largo-plazo que requieren la atención del médico, particularmente en términos de volver a trabajar.

- 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 Lumbalgi



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 biopsico
multidisciplinaria inter

Masaje

Yoga

Terapia de calor

Colchón medianamente firme

Estimulación nerviosa eléctrica
transcutánea

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

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

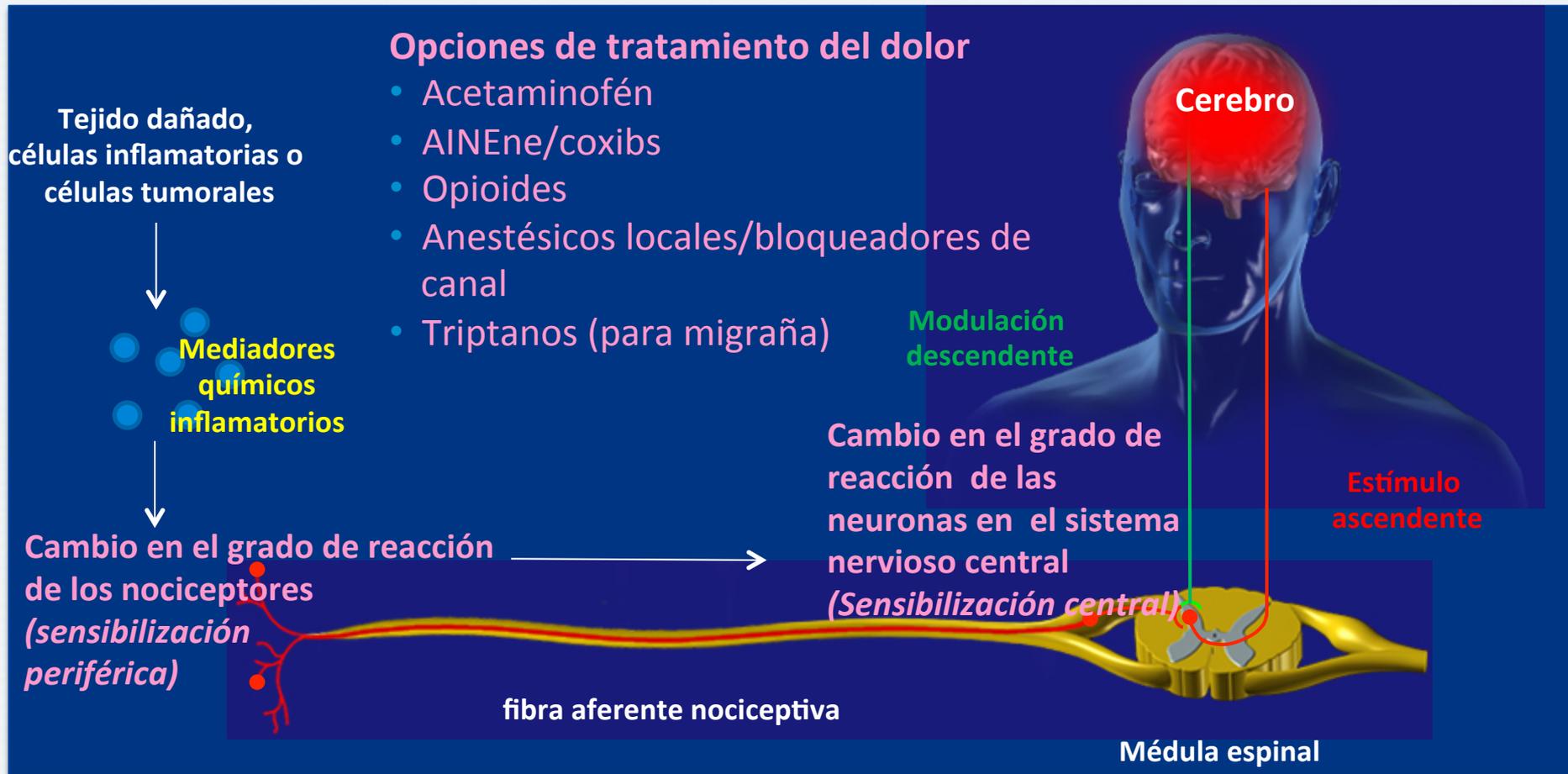
Acupuntura Más efectivo que la terapia convencional pero no más efectivo que la acupuntura sham (falsa)

Chou R et al. *Spine (Phila PA 1976)* 2009; 34(10):1066-77; Dagenais S et al. *Spine J* 2008; 8(1):203-12; Gay RE, Brault JS. *Spine J* 2008; 8(1):234-42; Hagen KB et al. *Spine (Phila PA 1976)* 2005; 30(5):542-6; Oleske D et al. *Spine* 2007; 32(19):2050-7; Pillastrini P et al. *Joint Bone Spine* 2012; 79(2):176-85; 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.

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">• 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.

AINEne/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 AINEne 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

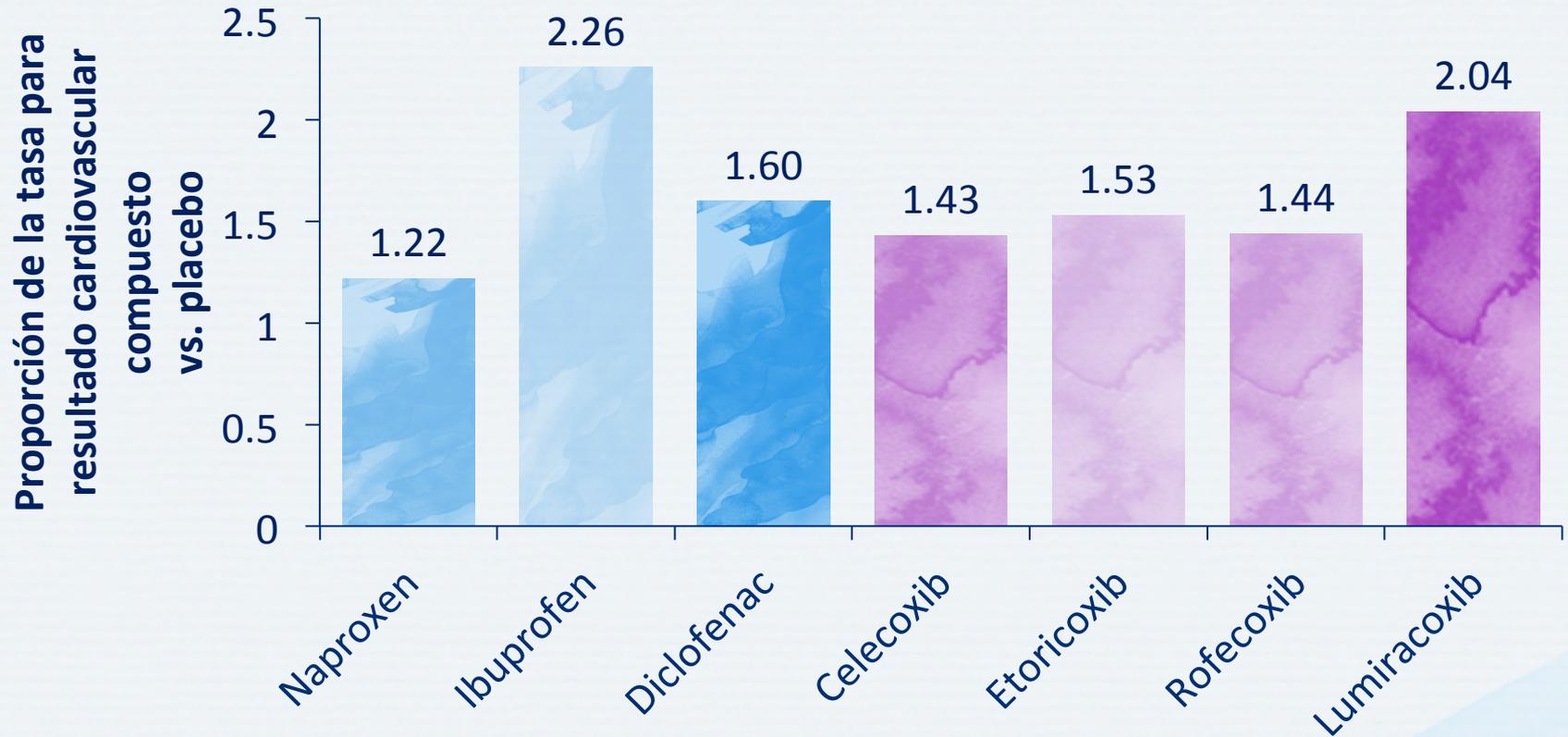
IC = intervalo de confianza; coxib = inhibidor específico de COX-2 ; AINEne= droga antiinflamatoria no esteroidea no-selectiva; RR = riesgo relativo

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

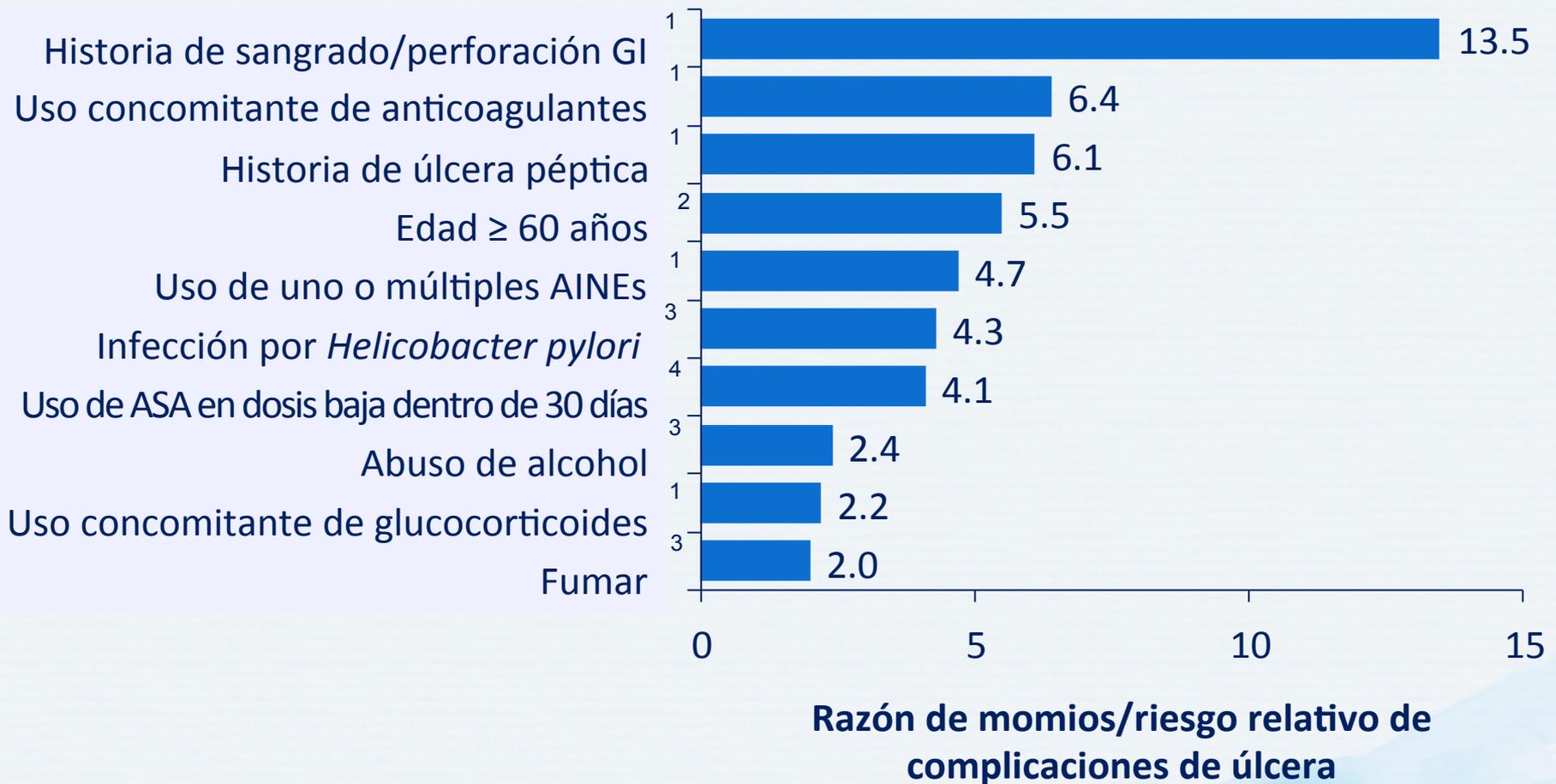


El compuesto incluye infarto del miocardio no-fatal, accidente vascular cerebral no-fatal, o muerte cardiovascular en comparación con el placebo; tabla basada en un meta-análisis de la red incluyendo 30 ensayos y más de 100,000 pacientes.

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-esteroidea; 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"> • 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

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:

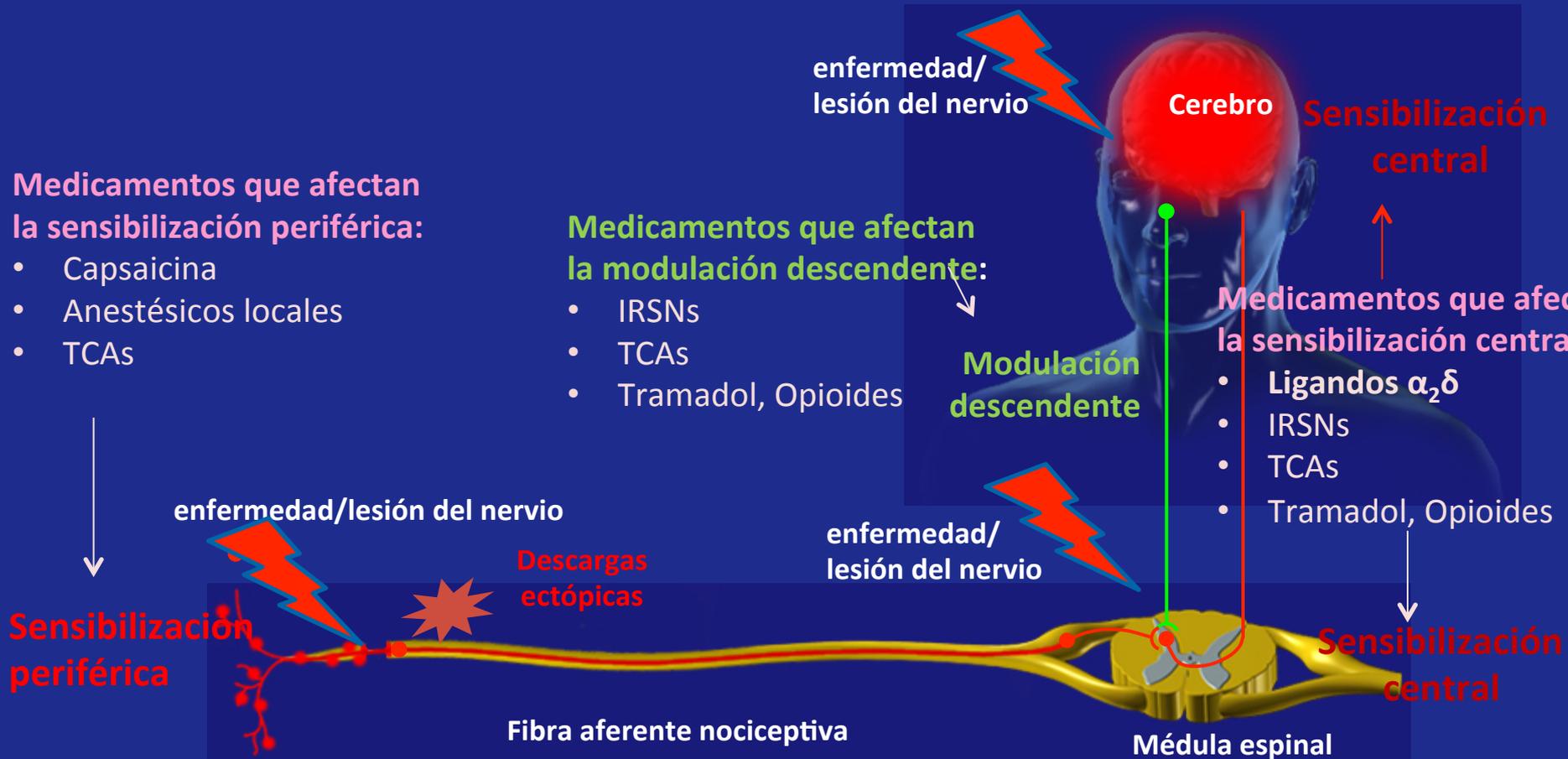
- Capsaicina
- Anestésicos locales
- TCAs

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">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.

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.

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.

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 	<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

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