

Parámetros de práctica para el manejo del dolor de espalda baja

Uría Guevara-López,* Alfredo Covarrubias-Gómez,** Jorge Elías-Dib,***
Alejandro Reyes-Sánchez, & Tatiana Sofía Rodríguez-Reyna^o

Resumen

El dolor en sus diversas modalidades es la causa más frecuente de consulta médica, en nuestro país por su elevada frecuencia se ha considerado un problema de salud pública. Su manejo inadecuado tiene severas repercusiones físicas, psicoafectivas y económicas para el paciente, su familia y los servicios públicos de salud. A pesar de este panorama no existe un acuerdo respecto a la aplicación de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos. Se invitó a un grupo de médicos especialistas del sector público y privado de diversos estados, que contaran con experiencia en la valoración y tratamiento de pacientes con dolor de espalda baja, para desarrollar parámetros de práctica para su mejor atención. Siguiendo los lineamientos empleados por otros grupos de consenso, se llevaron a cabo reuniones para analizar y discutir la evidencia literaria publicada para la atención del dolor de espalda baja (lumbalgia). Las recomendaciones obtenidas se clasificaron de acuerdo con su fuerza metodológica. Como resultado de esta reunión se obtuvieron recomendaciones consensuadas basadas en niveles de evidencia y conclusiones de tipo operacional, planes proactivos educacionales, políticas institucionales y recomendaciones diagnósticas y terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, para facilitar a los médicos mexicanos un mejor tratamiento del dolor de espalda baja.

Palabras clave: Dolor de espalda baja, lumbalgia, guía clínica, parámetros de práctica.

Abstract

It has been documented that pain in its diverse modalities is the most common cause of medical attention. In Mexico, an increase in its frequency has promoted its consideration in several health programs. On the other hand, inadequate pain management will cause severe physical, psycho-affective, and socioeconomic repercussions for patients, families, and public health services. Despite this panorama, there has not been an agreement to establish better diagnostic and therapeutic methods for the management of chronic pain. A consensus group was reunited and was integrated by medical experts from private and public institutions and from various states of the Mexican Republic. To assure the development of these practice guidelines, these experts had experience in the assessment and treatment of conditions causing pain. With the guidelines used by other consensus groups, meetings were held to analyze and discuss published literary evidence for the management of low back pain. The recommendations were classified according to their methodological strength. As a result of this meeting, consensus recommendations were based on evidence and operational conclusions of such proactive educational plans, institutional policies and diagnostic recommendations for pharmacological and nonpharmacological treatment in order for Mexican physicians to provide a better therapeutic approach to low back pain.

Key words: Low back pain, lumbalgia, clinical guideline, practice guidelines.

* Dirección de Educación e Investigación en Salud, Unidad Médica de Alta Especialidad "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D. F.

** Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), Secretaría de Salud, México, D. F.

*** Departamento de Urología, INCMNSZ.

& División de Cirugía Especial, Instituto Nacional de Ortopedia y Rehabilitación, Secretaría de Salud, México, D. F.

^o Departamento de Reumatología, INCMNSZ.

Correspondencia:

Uría Guevara-López.
Dirección de Educación e Investigación en Salud,
Unidad Médica de Alta Especialidad "Dr. Victorio de la Fuente Narváez",
Av. Instituto Politécnico Nacional 1521, Col. Magdalena de las Salinas, 07760 México, D. F.
Tel: (55) 5747 3500, extensión 25538.
E-mail: uriahguevara91@yahoo.com.mx

Recibido para publicación: 21-04-2010

Aceptado para publicación: 14-09-2010

Introducción

El dolor crónico es un problema de salud pública¹ que afecta de 25 a 29% de la población mundial.² No obstante su alta frecuencia internacional, en México se desconoce el número de personas que lo padecen. Sin embargo, si consideramos que este padecimiento afecta en promedio a 27% de la población, y que México contaba en 2008 con 105 millones de habitantes, entonces se puede estimar que 28 millones de mexicanos presentan este dolor.³ Lo anterior pone de manifiesto la importancia de desarrollar líneas de investigación epidemiológica tendientes a documentar la prevalencia del dolor crónico en nuestro país.

Identificar el número de individuos con dolor crónico permite la planeación adecuada de estrategias sanitarias. En ese sentido se estima que en la Unión Americana, 17% de los pacientes atendidos en los centros de atención primaria manifiesta este dolor.⁴ En nuestro país desconocemos el número de personas tratadas en este nivel de atención. No obstante, en 2005 se informó que en la República Mexicana se proporcionaron 2663 consultas generales por cada 1000 habitantes;⁵ si consideramos que 17% acudió por dolor crónico, entonces es probable que 32 millones de sujetos hayan padecido algún tipo de dolor crónico durante ese año y que hayan requerido fármacos analgésicos, estudios complementarios o incapacidad laboral. Por otra parte, si nuestro país destina 6.6% del producto interno bruto a la salud,^{6,7} entonces es probable que una parte considerable de estos recursos se invierta en la atención de este frecuente problema de salud.

La población económicamente activa se define como el grupo de personas con capacidad laboral y que trabajan. En México, ese grupo lo integran sujetos entre 18 y 60 años, aunque para algunos economistas la población económicamente activa incluye a los individuos desde los 14 años de edad. Al respecto cabe destacar que en nuestro país, la población entre 14 y 59 años representa 46% de la población total (quinquenio 2000 a 2005, con una mediana de 23 años). No obstante que cerca de la mitad de los mexicanos son potenciales trabajadores, la población económicamente activa está conformada por 58% de individuos entre esos rangos de edad.⁶ Aun cuando un cuarto de la población nacional se considera generadora de ingresos no se ha documentado la presencia de dolor crónico en este grupo.

En este sentido cabe destacar que en 2002, 52% de las consultas en el primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social se otorgó a personas entre 20 y 59 años; 25% por dolor de espalda baja. Sin embargo, se ha informado que esta enfermedad no es exclusiva de la población trabajadora ya que la padece 51% de la población geriátrica general.⁸ En México se ha informado

que el dolor lumbar se presenta en 1.3% de los ancianos que asisten al Instituto Mexicano del Seguro Social,⁹ lo cual no concuerda con los reportes internacionales. Independientemente de estas diferencias, cabe la posibilidad de que este síndrome doloroso sea el motivo de atención en 12 a 13% de las consultas proporcionadas en todos los grupos de edad.^{9,10}

Con base en lo expuesto se puede considerar que el dolor crónico es un problema de salud pública dada su alta frecuencia, su severo impacto sobre los servicios sanitarios y sus repercusiones socioeconómicas. Debido a que el dolor de espalda baja es una de las principales alteraciones generadoras de este tipo de dolor se convocó a un grupo de especialistas con el objetivo de establecer parámetros de práctica clínica para el manejo del dolor de espalda baja conforme la evidencia literaria y la opinión de expertos, para sus mejores diagnóstico y tratamiento.

Definiciones

- *Parámetros de práctica.* Recomendaciones desarrolladas con la finalidad de asistir al médico en la toma de decisiones, que pueden ser aceptadas, modificadas o rechazadas de acuerdo con los recursos disponibles, las necesidades o las preferencias. De igual forma, estas guías no pueden ser consideradas absolutas y su empleo no garantiza un resultado benéfico específico. Así mismo, la evolución continua de la tecnología y del conocimiento médico obliga a que sean actualizadas con periodicidad.^{11,12}
- *Dolor de espalda baja.* De acuerdo con este grupo de profesionales de la salud, el dolor de espalda baja se define como “el síndrome que agrupa diversas sensaciones dolorosas o no confortables, localizadas por debajo del margen costal (12ª costilla) y por arriba del límite superior de la región glútea (unión lumbosacra), las cuales pueden irradiarse al dorso o a miembros pélvicos o acompañarse de otras manifestaciones clínicas”. Se identificaron diversos sinónimos en la literatura revisada: lumbago, dorsalgia, síndrome doloroso lumbar, lumbociática, lumbociatalgia, dolor bajo de espalda, dolor de espalda baja y lumbalgia. Se consideró que para los fines del presente documento, los términos “dolor de espalda baja” y “lumbalgia” pueden ser utilizados como sinónimos. De igual forma, se determinó por consenso no emplear como sinónimos los términos “lumbalgia” y “dorsalgia”, dado que el último puede generar confusiones.

Propósito de los parámetros de práctica

Este grupo propone los siguientes objetivos:

1. Proporcionar al paciente con dolor de espalda baja, un manejo analgésico eficaz, seguro y que le ayude a conservar en medida de lo posible su funcionalidad física y psicosocial.
2. Educar a los pacientes y a sus familiares sobre la importancia que tiene su participación para el tratamiento del dolor.
3. Evitar en lo posible la presentación de potenciales secuelas, hospitalizaciones prolongadas a consecuencia de esta entidad y la ocurrencia de efectos adversos asociados con la terapéutica analgésica.¹³

Métodos

Ante la necesidad de contar en nuestro país con parámetros de práctica para el manejo del dolor de espalda baja, se convocó a un grupo de consenso constituido por 45 médicos expertos en la materia, líderes de opinión (anestesiólogos, algólogos, neurocirujanos, neurólogos, médicos del deporte, ortopedistas, psiquiatras, reumatólogos, rehabilitadores y psicólogos); de instituciones públicas y privadas, originarios de Baja California, Chiapas, Distrito Federal, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán. Previamente, se realizó una búsqueda documental respecto al tema en diversas bases de datos (Medline y Cochrane) en el periodo comprendido de 1974 a 2005. La información obtenida fue seleccionada de acuerdo con los criterios de Jadad¹⁴ y Khan.¹⁵ Con esta información se generó una serie de recomendaciones fundamentadas en la evidencia acerca del manejo del dolor de espalda baja. Cada una de estas recomendaciones se clasificó de acuerdo con las propuestas sugeridas por otros grupos de consenso (cuadro I).¹³

Recomendaciones operacionales

Enfoque, aplicación y observancia de los parámetros de práctica

El enfoque de estos parámetros se centra en el abordaje del dolor de espalda baja y su tratamiento mediante distintos fármacos analgésicos o intervenciones. Su aplicación se llevará a cabo mediante el trabajo coordinado del equipo de atención para la salud (médicos y personal paramédico) que

atiende pacientes con este tipo de dolor de manera profesional y ética. Se propone la observancia de estas recomendaciones en todo paciente que manifieste este tipo de dolor. Además, se sugiere proporcionar al paciente indicaciones claras, precisas y por escrito para el manejo domiciliario de su sintomatología dolorosa.¹³

Planes proactivos

Se refieren a la planificación anticipada del esquema analgésico, el cual debe elaborarse tomando en cuenta la edad, el estado físico, las experiencias dolorosas previas, los antecedentes de medicación habitual, las terapias para el alivio del dolor utilizadas con anterioridad, las adicciones presentes o potenciales y otras condiciones.¹³

Entrenamiento y educación hospitalaria

Existe evidencia de que un programa de educación continua dirigido al equipo de salud (médicos, enfermeras, jefes de servicio, farmacéuticos y administradores, etcétera) impacta favorablemente en la calidad de la analgesia proporcionada a los pacientes. Tal programa debe incluir la difusión y el estudio de las guías terapéuticas para el manejo de dolor, a fin de tener una mayor adherencia por parte de todo el personal.¹³

Entrenamiento del paciente y de sus familiares

Durante la consulta médica, como parte del entrenamiento del paciente con dolor y su familia se les proporcionará la información necesaria acerca del derecho a recibir una analgesia eficaz y segura, las ventajas y desventajas de los diversos métodos terapéuticos y de rehabilitación disponibles. El entrenamiento incluirá:

- Empleo adecuado de las escalas de medición del dolor.
- Forma como serán proporcionados los fármacos analgésicos.
- Relevancia de la participación activa del paciente en proceso.¹³

Políticas institucionales

El seguimiento de estos parámetros debe considerarse parte de un protocolo hospitalario o ambulatorio en el que participen de forma conjunta la dirección del hospital, el cuerpo de gobierno, los servicios o departamentos médicos involucrados, el servicio de enfermería y el personal administrativo

Cuadro I. Clasificación de la evidencia médica publicada

Niveles de evidencia de acuerdo con el tipo de artículos terapéuticos	Conversión de la evidencia a recomendaciones	Calidad de la evidencia	Fuerza de la evidencia y magnitud del beneficio
Nivel I	Nivel A	Buena	Clase A
Evidencia obtenida por medio de una revisión sistemática de los ensayos clínicos controlados relevantes (con metaanálisis cuando sea posible).	Requiere al menos un estudio de nivel I o dos estudios nivel II, bien diseñados.	La evidencia incluye los resultados consistentes de estudios bien diseñados y dirigidos en poblaciones representativas que directamente evalúan los efectos en los resultados en la salud.	Se sugiere importantemente proporcionar el tratamiento a pacientes elegibles. Existe evidencia de buena calidad, referente a que el beneficio es sustancialmente mayor que los posibles efectos adversos.
Nivel II	Nivel B	Suficiente	Clase B
Evidencia obtenida de uno o más ensayos clínicos controlados aleatorizados que tengan un buen diseño metodológico.	Requiere al menos un estudio de nivel II o tres estudios nivel III, con buen diseño metodológico.	La evidencia es suficiente para determinar los efectos en los resultados en la salud, pero la fuerza de la evidencia está limitada por: 1. El número, calidad, o consistencia de los estudios individuales. 2. La aplicación general en la práctica clínica rutinaria. 3. La naturaleza indirecta de la evidencia en los resultados de salud.	Se sugiere proporcionar el tratamiento a pacientes elegibles. La calidad de la evidencia encontrada es suficiente, referente a que el beneficio es mayor que los posibles efectos adversos.
Nivel III	Nivel C	Pobre	Clase C
Evidencia obtenida de ensayos clínicos no aleatorizados con un buen diseño metodológico, o bien, estudio de cohorte con un buen diseño metodológico, o estudios analíticos de casos y controles, preferentemente multicéntricos o desarrollados en diferentes tiempos.	Requiere al menos dos estudios consistentes nivel III.	La evidencia es insuficiente evaluar los efectos en los resultados en la salud debido a número limitado o poder de estudios, fallas importantes en su diseño o conducta, huecos en la cadena de evidencia, o falta de información sobre los resultados de salud importantes.	No existe recomendación en contra de la administración del tratamiento, debido a que pese a que existe evidencia suficiente sobre la eficiencia de este, el beneficio y los efectos adversos se encuentran en balance; por lo que no puede recomendarse en la práctica clínica rutinaria.
Nivel IV			Clase D
La opinión de expertos en la materia que tengan impacto de opinión y que emitan un juicio basados en su experiencia clínica, estudios descriptivos, o bien reportes generados por consensos de expertos en la materia.			La recomendación es en contra del tratamiento ya que la evidencia es suficiente referente a que los posibles efectos adversos sobrepasan al beneficio.
			Clase I
			La evidencia al momento es pobre o insuficiente para realizar una recomendación a favor o en contra de un tratamiento.

(recursos humanos, abastecimientos, almacén, farmacia, entre otros). Su aplicación requiere recursos humanos, materiales y tecnológicos suficientes para garantizar el cumplimiento de sus objetivos. Se recomienda disponer de personal capacitado que considere el manejo del dolor como parte de la atención global del enfermo; por lo que resulta recomendable que se incluya dentro de los tabuladores de las compañías aseguradoras, para su justa remuneración.¹³

Recomendaciones generales

Documentación del dolor (nivel de evidencia IV)

De acuerdo con la *Norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, el expediente clínico*, el médico, el personal técnico y auxiliar y otros profesionales que intervengan en la atención del paciente se apegarán a los lineamientos del expediente clínico en forma ética y profesional, mediante la elaboración de notas médicas basadas en la normatividad establecida.¹⁶ Para la implementación de un programa eficaz y seguro de analgesia se recomienda evaluar y documentar el dolor, así como la terapéutica empleada para el alivio del dolor en forma objetiva, sistemática y periódica.

El establecimiento de un programa eficaz y seguro de analgesia requiere un protocolo hospitalario o ambulatorio que contenga escalas de estimación objetivas del dolor (EVA, EVERA) y otras variables asociadas.¹³

Clasificación del enfermo con lumbalgia (nivel de evidencia IV)

De acuerdo con su temporalidad, la lumbalgia puede clasificarse en:

- Aguda*: presentación súbita, *de novo* o que ocurre después de un periodo mínimo de seis meses sin dolor y que dura menos de cuatro semanas.
- Subaguda*: presentación súbita, *de novo* o que ocurre después de un periodo mínimo de seis meses sin dolor y que dura entre cuatro y 12 semanas.
- Crónica*: evolución mayor de 12 semanas o que ocurre episódicamente en un periodo de seis meses.

En un contexto más general puede agruparse en *aguda* (presentación súbita y con una duración menor a 12 semanas) y *crónica* (evolución mayor a 12 semanas).¹⁷⁻²⁰

De acuerdo con su causalidad o etiología, se clasifica en *etiología o por causa determinada del dolor* y de *etiología indeterminada* (no se logra identificar el motivo). En el primer caso se subdivide en por causas intrínsecas (por

ejemplo, procesos degenerativos o congénitos) y por causas extrínsecas (por ejemplo, procesos infecciosos o traumáticos).¹⁷⁻²⁰

Señales de alarma o banderas rojas (nivel de evidencia IV)

Se refiere a datos clínicos que sugieren una etiología determinada, potencialmente deletérea y que requieren atención inmediata. Las señales de alarma identificadas en la literatura son:¹⁷⁻²⁰

- Edad de inicio (menores de 20 años y mayores de 50).
- Antecedente de trauma directo o indirecto, reciente, grave o violento, y con relación causal respecto al inicio de la sintomatología dolorosa.
- Dolor torácico o abdominal.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Presencia de fiebre.
- Signos y síntomas neurológicos difusos, extensos o progresivos.
- Discapacidad funcional progresiva asociada con el dolor.
- Historia personal o familiar de cáncer.
- Deformidad estructural de la columna.
- Antecedentes de drogadicción, inmunodepresión o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.
- Uso prolongado y continuo de corticosteroides.
- Enfermedad sistémica o ataque al estado general.
- Restricción de la flexión lumbar en forma persistente y grave.
- Dolor progresivo constante que no cede con el reposo.
- Malestar general.

Señales de riesgo o banderas amarillas (nivel de evidencia IV)

Se refiere a datos clínicos que favorecen el desarrollo y mantenimiento del dolor crónico o la presencia de discapacidad a largo plazo. Entre éstos se encuentran:

- Factores individuales*: edad, condición física, fuerza de músculos abdominales y de la espalda, tabaquismo, obesidad y sedentarismo, escolaridad baja, niveles altos de dolor, y discapacidad.
- Factores psicosociales*: estrés y ansiedad, estado de ánimo, depresión, función cognitiva, comportamiento hacia el dolor, expectativas que promueven la catastrofización, ganancia secundaria o compensación económica y somatización.
- Factores laborales*: trabajo físico, insatisfacción hacia el trabajo, tareas monótonas, apoyo social y relaciones

laborales, pobre o nulo apoyo en el centro laboral, incapacidad para realizar actividades ligeras al regresar al trabajo, ausencia laboral por cuatro a 12 semanas, permanencia laboral corta, y carga laboral sin modificación del tipo de actividad) (cuadro II).¹⁷⁻²⁰

Evaluación del paciente (nivel de evidencia IV)

Se recomienda tomar en consideración:

1. La elaboración o revisión de la historia clínica.
2. Realizar un interrogatorio y exploración física orientada a identificar señales de alarma o riesgo, y establecer referencias para evaluaciones subsecuentes (intensidad de dolor, limitación de la movilidad y actividad laboral).
3. En la semiología del dolor se debe puntualizar localización, inicio (agudo, lento, postraumático), características (agudo, difuso, urente, punzante, etcétera), irradiación, factores que lo exacerban o atenúan, patrón de aparición (predominio matutino, vespertino, nocturno, etcétera), relación con postura, identificación de banderas rojas y amarillas, intensidad, discapacidad funcional y laboral y tratamientos previos.
4. Efectuar una exploración física general y neurológica (identificación de limitación funcional en flexión extensión del tronco, dolor en apófisis espinosas, facetas articulares, ligamentos y músculos con evaluación

de la postura, fuerza, sensibilidad y reflejos musculoesqueléticos).

5. Establecer un triaje diagnóstico para identificar compromiso musculoesquelético (contractura muscular, limitación funcional, mejoría o no con reposo), espinoneurológico (dolor neuropático) o no determinado (búsqueda intencionada de otros signos y síntomas como hematuria).
6. Considerar que en forma aislada ninguna prueba o signo clínico hace el diagnóstico.¹⁷⁻²⁰

Estudios paraclínicos (nivel de evidencia IV)

El Grupo de Consenso recomienda:

- Estudios de laboratorio propuestos en el cuadro III.
- *Radiografías simples de la columna*: este estudio carece de utilidad en lumbalgia de etiología inespecífica sin señales de alarma (banderas rojas). Se consideran opcionales en enfermos con lumbalgia crónica, con la finalidad de documentar alteraciones estructurales evidentes.
- *Resonancia magnética*: no se recomienda su realización rutinaria en sujetos con lumbalgia crónica inespecífica sin señales de alarma o con dolor atribuido al disco intervertebral o a la faceta articular. Se sugiere que su empleo se limite a enfermos con señales de alar-

Cuadro II. Factores asociados con la recurrencia o cronicidad en lumbalgia

Factor	Recurrencia	Cronicidad
Individuo	Edad	Obesidad
	Ejercicio físico	Bajo nivel académico
	Fortaleza muscular (abdominal y lumbar)	Nivel alto de dolor
	Tabaquismo	Discapacidad
Psicosocial	Estrés	Estrés
	Ansiedad	Somatización
	Emociones	Depresión
	Función cognitiva	Catastrofismo
Ocupacional	Conducta ante el dolor	Ganancias secundarias
	Actividades manuales	Insatisfacción laboral
	Balanceo y rotación	
	Vibración corporal	Incapacidad para el regreso al trabajo con actividades ligeras
	Insatisfacción laboral	
	Actividades monótonas	Tipo de actividad laboral
	Apoyo laboral, familiar o social	

Cuadro III. Estudios de laboratorio recomendados en el enfermo con lumbalgia

De alarma (banderas rojas)	Posible etiología	Estudio
Historia de cáncer Pérdida inexplicable de peso Edad > 50 años Sin mejoría después de 6 semanas con tratamiento conservador Múltiples señales de alarma (banderas rojas)	Cáncer	VSG y APE
Fiebre Uso de drogas IV Infección reciente Inmunosupresión o uso de esteroides	Infección vertebral	VSG y/o PCR
Déficit motor o sensitivo	Déficit neurológico progresivo	Considerar EMG/VCN
Síntomas presentes por más de 1 mes	Hernia de disco Estenosis espinal	Considerar EMG/VCN
Rigidez matutina Mejoría con ejercicio Dolor glúteo alternante El dolor despierta al paciente durante la segunda parte de la noche Menor de 20 años	Espondiloartropatía seronegativa	BH, VSG y/o PCR, HLA-B27

BH = biometría hemática completa con diferencial, VSG = velocidad de sedimentación globular, PCR = proteína C reactiva, APE = antígeno prostático específico, EMG = electromiografía, VCN = velocidades de conducción nerviosa, IV = intravenoso

ma o ante la sospecha de lesión radicular, enfermedad ósea metastásica y en individuos que requieran cirugía.

- *Electromiografía y velocidades de conducción nerviosa*: se recomiendan en enfermos con lumbalgia crónica que presenten deterioro motor o sensitivo.¹⁷⁻²⁰

Recomendaciones farmacológicas

Generalidades (nivel de evidencia IV)

En Grupo de Consenso sugiere que la terapéutica se inicie de acuerdo con la escalera analgésica propuesta por la Organización Mundial de la Salud y que se apege a los parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo y del dolor en México. Hace énfasis en que no se administren dos fármacos del mismo grupo o con el mismo mecanismo de acción. Recomienda tomar en consideración la posología de los fármacos seleccionados, vía de administración, dosis recomendada, dosis máxima, indicaciones especiales, grupo poblacional, riesgos y sus contraindicaciones. De igual forma sugiere que se evite la prescripción analgésica “por razón necesaria”¹³ (cuadros IV, V y VI).

Paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos (AINE y COXIB)

Este grupo de fármacos es frecuentemente prescrito y utilizado por los sujetos portadores de lumbalgia aguda o crónica¹⁸ (nivel de evidencia IV). De los documentos analizados se identificó que la analgesia obtenida con paracetamol es menor a la informada comparativamente con AINE o COXIB^{21,22} (nivel de evidencia I-A-suficiente-clase I). A pesar de la escasa evidencia de la utilidad del paracetamol en el dolor de espalda baja en forma aislada²³ (nivel de evidencia I-A-pobre-clase I), diversos grupos sugieren utilizarlo como analgésico de primera línea en dolores crónicos y agudos de origen musculoesquelético (sin sobrepasar 3 o 4 mg/día)^{18,19,24-26} (nivel de evidencia IV).

Se sugiere agregar AINE o COXIB cuando la analgesia con paracetamol haya resultado inefectiva^{13,24} (nivel de evidencia IV). Dado que el alcoholismo es un problema epidemiológico en el país, se debe monitorizar la función hepática antes de la administración de paracetamol, debido a que en este grupo la incidencia de insuficiencia hepática puede ocurrir incluso con dosis terapéuticas^{27,28} (nivel de evidencia IV).

Cuadro IV. Analgésicos no opioides sugeridos para el manejo del dolor de espalda baja

Grupo	Vía de administración		Dosis máxima	Comentarios	Indicaciones	Contraindicaciones
	Medicamento	Dosis				
Centrales	Oral	500-1000 mg cada 4-6 horas	4 g/día	Inhibición de la COX. Atraviesa la barrera hematoencefálica	Cáncer, trauma, lumbalgia, artritis	Insuficiencia hepática, idiosincrasia medicamentosa.
	Paracetamol	Intravenoso	500-1000 mg cada 4-6 horas	4 g/día	1 g de paracetamol equivalen a 30 mg de ketorolaco	Cáncer, trauma, lumbalgia, artritis
Derivados del ácido acético	Oral	100 mg	25 mg c/8-12 horas	No administrar en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a los AINE, atopia secundaria a ácido acetilsalicílico	Artritis aguda	Insuficiencia renal-hepática o cardíaca, trombocitopenia, úlcera gástrica activa. Idiosincrasia al medicamento
	Oral/intravenoso	30 mg cada 6 horas	120 mg/día	No administrar por más de 7 días por vía oral y no más de 4 días por vía intravenosa	Cáncer, trauma, lumbalgia, artritis	Insuficiencia renal, trombocitopenia. Idiosincrasia al medicamento
	Oral	50 mg cada 8 horas	150 mg/día	No administrar en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a los AINE, atopia secundaria a ácido acetilsalicílico.	Cáncer, trauma, lumbalgia, artritis	Úlcera gástrica activa, discrasias sanguíneas, idiosincrasia al medicamento, insuficiencia renal o hepática
Derivados del ácido propiónico	Oral/intramuscular	2400 mg	200-400 mg c/6 horas	No administrar en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a los AINE, atopia secundaria a ácido acetilsalicílico	Artritis aguda	Insuficiencia renal-hepática o cardíaca, trombocitopenia, úlcera gástrica activa. Idiosincrasia al medicamento
	Oral/intravenoso	50-100 mg cada 8 horas	300 mg/día	Suspender en caso de síntomas oculares o auditivos	Cáncer, trauma, lumbalgia, artritis	Insuficiencia renal-hepática o cardíaca, trombocitopenia, úlcera gástrica activa. Idiosincrasia al medicamento.

(continúa en la siguiente página)

Cuadro IV. Analgésicos no opioides sugeridos para el manejo del dolor de espalda baja

Grupo	Medicamento	Vía de administración	Dosis	Dosis máxima	Comentarios	Indicaciones	Contraindicaciones
Inhibidores selectivos de la COX- 2	Parecoxib	Intravenoso	40-80 mg cada 12 horas	160 mg/día	Profármaco del valdecoxib	Cáncer, trauma, lumbalgia, artritis	Insuficiencia renal crónica, alergia a las sulfonamidas. Pacientes con riesgo tromboembólico elevado.
	Celecoxib	Oral	100 a 400 mg cada 12 horas	800 mg/día	Polipomatosis adenomatosa familiar	Cáncer, trauma, lumbalgia, artritis	Insuficiencia renal crónica, alergia a las sulfonamidas. Pacientes con úlcera gástrica activa o sangrado de tubo digestivo.
Otros	Metamizol	Oral/intravenoso	500 mg a 1 g cada 6 horas	6 g/día	Administración lenta	Cáncer, trauma, lumbalgia, artritis	Insuficiencia renal crónica, trombocitopenia, idiosincrasia al medicamento.
	Etofenamato	Intramuscular	1000 mg cada 24 horas	1 g/día	Dolor a la administración	Trauma, cáncer, lumbalgia	Insuficiencia renal crónica, trombocitopenia, idiosincrasia al medicamento.
	Naproxeno	Oral	1250 mg	250 mg c/6 h	No administrar en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a los AINE, atopia secundaria a ácido acetilsalicílico	Artritis aguda	Insuficiencia renal, hepática o cardíaca, trombocitopenia, úlcera gástrica activa. Idiosincrasia al medicamento.
	Nimesulide	Oral	300 mg	100 mg c/12 horas	No administrar en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a los AINE, atopia secundaria a ácido acetilsalicílico	Artritis aguda	Insuficiencia renal, hepática o cardíaca, trombocitopenia, úlcera gástrica activa. Idiosincrasia al medicamento.

Cuadro V. Analgésicos opioides sugeridos para el manejo del dolor de espalda baja

Grupo	Medicamento	Vía de administración	Dosis	Dosis máxima	Comentarios	Indicaciones	Contraindicaciones
	Tramadol	Oral/ intravenoso	50-100 mg cada 4-6 horas	400 mg/día	Agonista opioide que también tiene efecto sobre los receptores de monoaminas. Se acumula en pacientes con insuficiencia hepática	Cáncer, trauma, lumbalgia	Insuficiencia hepática. Pacientes con antidepresivos tricíclicos o con inhibidores de la recaptura de serotonina. Idiosincrasia medicamentosa
Opioides débiles	Dextropropoxifeno	Oral	65-130 mg cada 6-8 horas	390 mg/día	Es 15 veces menos potente que la morfina	Cáncer, trauma, lumbalgia	El fármaco y sus metabolitos pueden acumularse. Puede causar crisis convulsivas o sobredosis
	Codeína/ paracetamol	Oral	30-600 mg cada 4-6 horas	600 mg/día	Es 12 veces menos potente que morfina. Se metaboliza a morfina. Viene en combinación con paracetamol.	Lumbalgia	Pacientes con úlcera gástrica activa, alteraciones de la coagulación, hepatopatías
	Buprenorfina	Oral/ intravenoso	150-300 mcg cada 6 horas	1200 mcg/día	Agonista parcial <i>mu</i> . Fuertemente hemetogénico. Difícil reversión con naloxona	Cáncer, trauma, lumbalgia	Disminuye su acción en combinación con otros opioides. Incremento en la presión intracranebral. Insuficiencia renal y hepática. Enfermedad tiroidea.
Opioides potentes con efecto techo	Nalbufina	Transdérmico	35-52.5 mcg/hora	hasta 52.5 mcg/hora (un parche). Cambio hasta cada 84 horas.	Antagonista <i>mu</i> y agonista <i>kappa</i> . Su acción sobre los receptores <i>mu</i> revierte los efectos de los otros opioides	Cáncer, trauma, lumbalgia	Puede precipitar síndrome de abstinencia en pacientes con dependencia a opioides

(continúa en la siguiente página)

Cuadro V. Analgésicos opioides sugeridos para el manejo del dolor de espalda baja

Grupo	Medicamento	Vía de administración		Dosis	Dosis máxima	Comentarios	Indicaciones	Contraindicaciones
Opioides potentes	Morfina	Oral / intravenoso	5-15 mg cada 6 horas		Aumentar conforme los requerimientos del paciente. Por vía oral es 4 veces más potente que el tramadol y 10 veces más potente por vía intravenosa	Cáncer, trauma, lumbalgia	Antecedentes de alergias o asma bronquial (liberador de histamina)	
	Hidromorfona	Oral	2-4 mg cada 6 horas		Es 5 veces más potente que morfina. Tiene menor duración	Cáncer, trauma, lumbalgia	Antecedentes de alergias o asma bronquial (liberador de histamina)	
	Remifentanilo	Intravenoso	0.5 mcg/kg/hora en infusión continua		Vigilancia extrema de la función cardiopulmonar para su empleo en el paciente politraumatizado grave e intubado	Trauma	Posible rigidez muscular e hipotensión	
	Citrato de fentanilo	Intravenoso	50 mcg cada hora		Vigilancia extrema de la función cardiopulmonar para su empleo en el paciente politraumatizado grave e intubado	Trauma	Antecedentes de alergias o asma bronquial (liberador de histamina). A altas dosis puede causar tórax leñoso	
					25 mcg/hora (un parche) escalar hasta 300 mcg/hora (seis parches) hasta cada 72 horas		Eliminación CYP3A4, el ritonavir favorece la acumulación del fentanilo transdérmico	
		Transdérmico (parche)	25-50 mcg/hora		Somnolencia, cefalea, vértigo, náusea, constipación, prurito	Cáncer		

Cuadro VI. Adyuvantes sugeridos para el manejo del dolor de espalda baja

Medicamento	Vía	Dosis adulto	Efectos adversos	Contraindicaciones	Comentarios	Nivel de evidencia
Dexametasona	IV	16-96 mg/día o sus equivalentes	Dosis altas pueden producir necrosis avascular, hiperglucemia, retención de líquidos	No asociar con AINE en pacientes con hiperglucemia, en pacientes con Insuficiencia renal	Se recomienda para compresión medular las dosis altas y en plexopatías dosis menores	II
Alprazolam	Oral	0.25 mg cada 8 horas				
Diazepam	Oral IV	5-10 mg cada 8 horas 0.5-2 mg cada 8 horas	Sedación profunda y depresión respiratoria con asociación de opioides	Inducción enzimática	Se recomienda en espasmo muscular y ansiedad en dolor agudo	IV
Clonacepam	Oral	2-5 mg cada 6 horas				
Carbamacepina	Oral	200-1200 mg	Ataxia, agranulocitosis somnolencia	Inducción enzimática, síndrome Steven-Johnson	Adyuvante en dolor neuropático	I
Oxcarbacepina	Oral	300-1200 mg			Mejor tolerancia e interacciones	IV
Gabapentina	Oral	600-3600 mg	Somnolencia, mareo, pérdida de la libido	En insuficiencia renal	Adyuvante en dolor neuropático	I
Pregabalina	Oral	150-600 mg				II
Amitriptilina	Oral	25-150 mg	Visión borrosa, boca seca, constipación	Trastornos de la conducción cardiaca, en hipertrofia prostática	Adyuvante en dolor neuropático	I
Tizanidina	Oral	2 mg	Mareo, sedación	No combinar con antidepresivos	Se recomienda en espasmo muscular	IV
Ketamina	IV, SC	50 mg/24 horas	Sedación profunda y depresión respiratoria con asociación de opioides	Glaucoma, hipertensión intracraneana	Solamente utilizar por médico especialista. Monitorización cardiovascular	II
Clonidina	Espinal	2-4 mcgr/kg	Hipotensión, sequedad de boca	Bradiarritmias, bloqueos de conducción	Solamente utilizar por médico especialista. Monitorización cardiovascular	II
Lidocaína	IV en infusión continua	1-5 mg/kg	Arritmia, ataxia, somnolencia		Solamente utilizar por médico especialista. Monitorización cardiovascular	IV
Duloxetina	Oral	20 a 60 mg/día	Arritmia, ataxia, somnolencia, sequedad de boca	En insuficiencia renal	Indicado para polineuropatía diabética dolorosa	II

Se ha identificado que en este tipo de dolor, los AINE o COXIB proporcionan significativamente mayor analgesia en comparación con el placebo^{21,22} (nivel de evidencia I-A-suficiente-clase I). No se han encontrado diferencias respecto a la analgesia en esta enfermedad entre los distintos AINE o COXIB y entre ambos^{21,22} (nivel de evidencia I-A-suficiente-clase I). A pesar de estos beneficios es relevante subrayar que los AINE o COXIB solo pueden ser utilizados a las dosis mínimas posibles, por cortos periodos de tiempo (cinco a siete días), asociados con un inhibidor de la bomba de protones, cuando la analgesia con paracetamol ha sido ineficiente^{13,18,19,24} (nivel de evidencia IV). Cuando la vía oral se encuentre comprometida se pueden administrar estos fármacos en forma tópica²⁷ (nivel de evidencia IV).

Dado que una proporción considerable de los enfermos con dolor de espalda baja cursa con dolor neuropático, se debe hacer énfasis en que este grupo de fármacos no son útiles para el manejo aislado de las manifestaciones clínicas (alodinia e hiperalgesia) (nivel de evidencia IV Grupo de Consenso). De igual forma, cuando resulte insuficiente la analgesia con estos fármacos como monodroga, se sugiere combinarlos con algún opioide débil (codeína, dextropropoxifeno o tramadol) o relajante muscular¹⁷⁻²⁰ (nivel de evidencia IV). Cabe señalar que no se han estudiado las repercusiones farmacoeconómicas con el empleo de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, inhibidores de la ciclooxygenasa 2 y paracetamol¹⁷⁻²⁰ (nivel de evidencia IV).

Analgésicos opioides

Se ha sugerido que el tratamiento del dolor de espalda baja inespecífica debe seguir la escalera analgésica propuesta por la Organización Mundial de la Salud¹³ (nivel de evidencia IV). En este sentido, los opioides débiles estarán indicados en enfermos con una intensidad del dolor moderada, mientras que los potentes lo estarán en dolor severo¹³ (nivel de evidencia IV). Más aún, se sugiere su empleo en los casos en los que la analgesia con paracetamol o AINE o COXIB ha sido ineficiente¹⁷⁻²⁰ (nivel de evidencia IV).

En este sentido, no obstante que se ha recomendado la combinación de opioides débiles con paracetamol en diversas condiciones dolorosas, se ha identificado que incrementan ligeramente el riesgo de efectos adversos (RM = 2.3 en estudios con dosis múltiples, IC 95% = 1.5 a 4.2; y RM = 1.1 en estudios con dosis únicas, IC 95% = 0.8 a 1.5)^{28,29}. Aunado a esto, la evidencia que documenta su uso en lumbalgia aguda o crónica es escasa.^{18,19} Por lo tanto, este Grupo de Consenso sugiere su empleo en casos seleccionados tomando en cuenta la etiología de la lumbalgia y las comorbilidades asociadas (nivel de evidencia IV Grupo de Consenso). Así mismo, se deben generar líneas de inves-

tigación que identifiquen la utilidad de los opioides y sus combinaciones en el dolor de espalda baja agudo y crónico (nivel de evidencia IV Grupo de Consenso).

De acuerdo con las recomendaciones de la *American Pain Society*, este Grupo de Consenso coincide que la terapia opioide en lumbalgia crónica debe seguir la propuesta analgésica de la Organización Mundial de la Salud, reservarse para pacientes en quienes el dolor afecta considerablemente la calidad de vida, y una vez que se ha identificado que sus beneficios sobrepasan los riesgos³⁰ (nivel de evidencia I-A-pobre-clase I). Antes del inicio de una terapia opioide en el contexto del enfermo con lumbalgia crónica, se sugiere realizar una evaluación que estime el riesgo de adicción³⁰ (nivel de evidencia I-A-pobre-clase I).

Resulta recomendable documentar el consentimiento informado una vez que se le ha explicado al enfermo los potenciales beneficios de la terapéutica y los efectos adversos³⁰ (nivel de evidencia I-A-pobre-clase I). En cualquier régimen opioide debe individualizar la dosis, seleccionar la mejor opción para el enfermo, iniciar su titulación de menos a más y evaluar periódicamente los efectos (positivos o negativos) obtenidos con el esquema terapéutico³⁰ (nivel de evidencia I-A-pobre-clase I).

Los pacientes que reciben un esquema opioide deben contar con una evaluación psicológica y psiquiátrica³⁰ (nivel de evidencia I-A-pobre-clase I). De no responder a opioides débiles deben ser referidos a una Clínica del Dolor³⁰ (nivel de evidencia I-A-pobre-clase I).

Este Grupo de Consenso, en coincidencia con otros grupos nacionales, recomienda evitar la prescripción "por razón necesaria"¹³ (nivel de evidencia IV). Debido a que en lumbalgia aguda existe poca evidencia respecto al empleo de opioides, su uso debe restringirse a un máximo de dos semanas (nivel de evidencia IV Grupo de Consenso). En la lumbalgia crónica se recomienda que el uso de opioides débiles no exceda las 16 semanas; de hacerlo, es prudente referir a estos sujetos a una Clínica del Dolor (nivel de evidencia IV Grupo de Consenso).

Relajantes musculares

Se ha identificado que los relajantes musculares son capaces de reducir el dolor y que sus diferentes tipos presentan una eficacia analgésica similar (24 ensayos clínicos controlados, n = 1662)¹⁹ (nivel de evidencia I-A-suficiente-clase I). Sin embargo, cabe destacar que en este grupo de fármacos en ocasiones se incluyen las benzodiacepianas (diacepam). Lo anterior ha llevado a que en varias guías de manejo se recomiende evitar su uso (guías danesas, finlandesas y neozelandesas),¹⁹ debido a la dependencia física y psicológica asociada con las benzodiacepianas. Sin embargo, otros gru-

pos sugieren su empleo cuando el espasmo muscular es el factor desencadenante del síndrome doloroso (guías alemanas, suizas, americanas y británicas).¹⁹ Más aún, los británicos sugieren su uso por menos de una semana y únicamente cuando el dolor no ceda con paracetamol, combinaciones de paracetamol con opioides débiles, AINE o COXIB.¹⁹

Debido a esas consideraciones, este Grupo de Consenso en concordancia con otros grupos internacionales, recomienda la utilización de relajantes musculares^{17,19,20} (nivel de evidencia IV). A diferencia de otros, sugerimos los anti-espasmódicos no benzodiacepínicos (tizanidina, ciclobenzapirina, tiocolchicósido, metocarbamol, carisoprodol)¹⁷ (nivel de evidencia IV). Lo anterior, no obstante que este grupo de fármacos pudiera no resolver completamente el espasmo muscular asociado con el dolor,³¹ sin embargo, cabe destacar que se ha documentado su efecto analgésico en el contexto musculoesquelético.³²

De igual forma, en coincidencia con las guías británicas, este Grupo de Consenso sugiere su empleo por tiempo no mayor a una semana³³ (nivel de evidencia IV). La racional de este límite radica en los posibles efectos adversos asociados con su consumo (hepatotoxicidad)¹⁷ (nivel de evidencia IV). Otros posibles efectos adversos incluyen diarrea, mareo y somnolencia, por lo que se deben extremar cuidados en sujetos con riesgo de fractura (nivel de evidencia IV Grupo de Consenso). Es importante resaltar que estos fármacos deben ser empleados por periodos cortos y como adyuvantes de un esquema analgésico propiamente establecido con opioides o no opioides³² (nivel de evidencia IV).

Antidepresivos

Se ha identificado que estos fármacos disminuyen el dolor crónico en comparación con el placebo.³⁴ En 70% de los estudios que evalúan a los inhibidores de la recaptura de noradrenalina y serotonina (IRNS: venlafaxina, duloxetine, sibutramina, entre otros) se ha documentado que presentan cualidades antinociceptivas. Esta propiedad se observó en 80% de los estudios sobre antidepresivos tricíclicos (ADT: imipramina, amitriptilina, nortriptilina, clorimipramina, entre otros). Por el contrario, en los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS: citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina, entre otros) no se presentó este efecto.³⁵

Lo anterior sugiere que posiblemente los ADT y los IRNS tienen un papel en el tratamiento del dolor crónico,²⁰ en la lumbalgia aguda no encontramos publicaciones que apoyen su utilidad como adyuvante analgésico.³⁶ A pesar de esto, el Grupo de Consenso, en coincidencia con otros grupos internacionales, recomienda los ADT (primera lí-

nea) y los IRNS (segunda línea) en lumbalgia crónica con componente neuropático o que curse con depresión^{17,20,37} (nivel de evidencia IV). Es importante señalar que su uso se encuentra restringido en los pacientes con insuficiencia renal, glaucoma, embarazo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardíaca²⁰ (nivel de evidencia IV). En este ámbito se recomienda que los enfermos que cursen con depresión reciban asesoramiento psicológico o atención psiquiátrica específica¹⁷ (nivel de evidencia IV).

Anticonvulsivantes

A la fecha no encontramos evidencia sobre la utilidad de este grupo de fármacos en el tratamiento del dolor de espalda baja. Sin embargo, se ha identificado que en algunos tipos de lumbalgia, la gabapentina tiene beneficio a corto plazo en el tratamiento del dolor neuropático con radiculopatía asociada.^{17,38-40}

Recomendaciones no farmacológicas

Actividad comparada con inactividad en lumbalgia aguda

En algunas guías de práctica clínica se sugiere el “reposo en cama” como consecuencia de la intensidad del dolor más no como indicación terapéutica.³³ En este caso se sugiere reposo por un plazo no mayor a dos días,^{18,19} si bien no existe evidencia que apoye que el reposo en cama modifica el curso de la lumbalgia aguda.¹⁸

Se ha considerado que el “reposo en cama” por más de cuatro días provoca el debilitamiento muscular, mayor dolor, disminución de la mineralización ósea y tromboembolismo venoso⁴¹ (nivel de evidencia I-A-pobre-clase I). Por el contrario, permanecer activo se ha asociado con menor discapacidad, dolor e incapacidad laboral^{42,43} (nivel de evidencia I-A-pobre-clase I).

Aunado a lo anterior, en lumbalgia aguda este Grupo de Consenso sugiere:

- Empleo de faja por no más de dos días en caso de dolor intenso.
- Aplicación de calor o frío local por 20 minutos una vez al día.
- Que la restricción en la actividad debe limitarse a movimientos bruscos, levantar objetos pesados y actividades que incrementen las molestias.
- Iniciar ejercicios de fortalecimiento muscular (McKenzie y Williams) cuatro semanas después del episodio agudo (nivel de evidencia IV).

Terapia física

Diversos grupos de consenso apoyan que los métodos físicos son de gran utilidad en la lumbalgia crónica, sin embargo, no se cuenta con suficiente evidencia para recomendar una técnica de terapia física específica. Sin embargo, este Grupo de Consenso recomienda que el tratamiento debe ser multidisciplinario y multimodal (nivel de evidencia IV). En lumbalgia de causa determinada debe individualizarse la terapia física. Para evitar nuevos episodios de dolor se recomienda la práctica de ejercicio terapéutico (ejercicios de McKenzie) o terapia conductivo-conductual²⁰ (nivel de evidencia IV).

No se encontró en la literatura revisada, recomendaciones de métodos físicos específicos para la lumbalgia crónica específica o inespecífica, sin embargo, en ésta se menciona el empleo de terapia interferencial, soportes lumbares, láser, diatermia de onda corta, ultrasonido, tracción lumbar y estimulación nerviosa transcutánea²⁰ (nivel de evidencia IV).

Intervencionismo

En la lumbalgia aguda inespecífica no se recomienda el empleo de esteroides epidurales^{18-19,41} (nivel de evidencia IV). En lumbalgia crónica con radiculopatía documentada se ha sugerido que los esteroides aplicados mediante guía fluoroscópica pueden ser útiles.²⁰ No obstante, su utilidad aún es controversial⁴⁴ (nivel de evidencia I-A-pobre-clase I) y se limita a la producción de mejoría funcional y analgesia temporal (tres a seis meses)²⁰ (nivel de evidencia IV).

Se ha propuesto que las afecciones en las articulaciones facetarias causan lumbalgia crónica. Sin embargo, el “síndrome doloroso lumbar de origen facetario” es una enfermedad con una definición clínica imprecisa. Aunado a ello, la evidencia disponible no proporciona elementos que fundamenten la recomendación de los bloqueos en dicha articulación²⁰ (nivel de evidencia IV). Otro procedimiento con la misma tendencia es la administración de esteroides, glicerol o fenol en el interior del disco intervertebral²⁰ (nivel de evidencia IV).

En algunos enfermos con lumbalgia crónica el dolor es originado por disfunción de la articulación sacroiliaca; la evidencia señala un beneficio temporal tras la administración de esteroides guiada por fluoroscopia en la articulación²⁰ (nivel de evidencia IV).

Cirugía

Al respecto, el Grupo de Consenso recomendó que en lumbalgia no determinada refractaria después de dos años de

tratamiento conservador y programas combinados de intervención cognitiva y ejercicios, se debe considerar el tratamiento quirúrgico cuando el dolor es incapacitante y si la lumbalgia no determinada cambia a determinada. En espondilosis degenerativa es necesario valorar la referencia del paciente a un cirujano de columna para evaluar descompresión o artrodesis con instrumentación. En compresión radicular conviene considerar descompresión radicular, ligamentoplastia o espaciadores interespinosos o descompresión y estabilización. El manejo debe ser conservador en pacientes con degeneración discal con disco contenido⁴⁵ (nivel de evidencia IV).

En recidiva de lumbalgia después de cirugía la recomendación es reevaluar y decidir de acuerdo con los resultados el tipo de terapia física, rehabilitación y cambio de estilo de vida a los pacientes. Se sugiere que la intervención quirúrgica la realicen cirujanos de columna⁴⁵ (nivel de evidencia IV).

Hay evidencia limitada respecto a pacientes con lumbalgia crónica y cambios degenerativos en L4-L5 o L5-S1 que no mejoran con manejo conservador, la cirugía ha demostrado ser exitosa respecto a la discapacidad funcional (Oswestry) y el dolor a dos años de seguimiento posoperatorio. Hay evidencia de que la efectividad de la cirugía es similar a la de la terapia combinada (intervención cognitiva y ejercicio) en mejorar la discapacidad funcional (Oswestry)⁴⁵ (nivel de evidencia IV).

Se ha descrito que 17 a 31% de las cirugías de columna se complican según la técnica, con 6 a 22% de tasa de reintervención. Por otra parte, en los estudios revisados, 4 a 22% de los pacientes tratados con manejo conservador finalmente requirieron cirugía. El síndrome doloroso por cirugía lumbar fallida representa una entidad compleja de origen multifactorial que exige una evaluación integral multidisciplinaria debido a que después de cada reintervención, las expectativas de éxito son cada vez menores.

La estimulación del cordón espinal resulta más efectiva que la reintervención para dolor radicular persistente después de una cirugía de columna lumbar fallida, y en la mayoría de los pacientes evita la necesidad de reintervención⁴⁵ (nivel de evidencia IV).

Terapia cognitiva-conductual

Intervención que consiste en evaluar y modificar pensamientos y conductas con la finalidad de modificar emociones desadaptativas^{17,20} (nivel de evidencia I-A-pobre-clase I). Debe ser proporcionada por personal capacitado (nivel de evidencia IV).

Prevención

Aunque no existe evidencia sólida para evitar la degeneración de la columna, algunas medidas generales podrían prevenir su lesión y el desarrollo de la lumbalgia: evitar sobrepeso y vicios de postura tales como permanecer en la misma posición por periodos prolongados, mejorar el método de carga (levantar objetos doblando las rodillas y con la espalda recta y el objeto lo más próximo al cuerpo), usar base de la cama firme con colchón no deformado y utilizar zapatos planos (tacón < 1.5 cm); evitar movimientos de rotación o flexo-extensión bruscos; realizar ejercicios que fortalezcan los músculos relacionados con la estabilidad de la columna; no fumar porque este hábito tiene efectos adversos significativos sobre la columna vertebral que debilitan y desmineralizan a las vértebras con menor aporte sanguíneo y menor cantidad cuantitativa y cualitativa de osteoblastos. Los fumadores crónicos son más propensos a desarrollar degradación ósea y enfermedades degenerativas de la columna y son más susceptibles a lesiones vertebrales traumáticas. Más aún, los resultados posoperatorios son menos efectivos entre fumadores que entre no fumadores (nivel de evidencia IV).

Conclusiones

Dada la trascendencia y relevancia del tema, consideramos que las opiniones y sugerencias para el diagnóstico y tratamiento para la lumbalgia que este Grupo de Consenso pone a la consideración del equipo médico deben observarse en forma cuidadosa y transdisciplinaria, contrastándolas con la evidencia literaria disponible.

Este grupo hace énfasis en que estas recomendaciones colegiadas tienen como propósito fundamental asistir al médico en la toma de decisiones; mismas que pueden ser aceptadas, modificadas o rechazadas de acuerdo con las necesidades, recursos disponibles y preferencias.

Resulta deseable que sus contenidos sean revisados periódicamente para incluir nuevas propuestas orientadas a un mejor diagnóstico y tratamiento de los pacientes con dolor de espalda baja.

El presente documento está orientado al logro de dichos objetivos y expresa la experiencia de más de cuarenta profesionales de diversas ramas de la medicina y ha sido contrastado con diversas guías de práctica clínica nacionales y extranjeras.

Grupo de Consenso de los Parámetros de Práctica para el Manejo del Dolor de Espalda Baja

Sergio Elpidio Almaguer Pecina, César Amescua García, Edurne Austrich Senosian, José Fernando Basulto Cazola, Alonso Betancourt Sandoval, José Antonio Córdova Domínguez, Alfredo Covarrubias Gómez, Luis Javier Cruz Álvarez, Luis Dávila Maldonado, Enrique Defont-Réaulx Rojas, Alberto Delgado Fernández, Ramón DeLille Fuentes, Ramiro Del Valle, Ignacio Devesa Gutiérrez, Jorge Elías Dib, José Gilberto Franco Sánchez, Román Gómez Durán, Filadelfo Gordillo Zepeda, Jorge Guajardo Rosas, Uría Guevara López, Leticia Hernández Hernández, Rafael Hernández Santos, Álvaro Lomelí Rivas, Juan José López Romero, José Nicolás Mireles Cano, Tania Morales Vigil, Eduardo Navarro Martínez, Juan José Olavaria Tijerina, Mario Enrique Peniche Martín, María Luisa Pérez Carranco, Ricardo Plancarte Sánchez, Raúl Isaac Reyes Hernández, Alejandro Reyes Sánchez, Oscar Suárez Riquema, Leticia Roa Aguirre, Tatiana Sofía Rodríguez Reyna, Manuel Ruiz de Chávez, Oscar Salas Fraire, Mario Alberto Salazar Rivera, Arturo Silva Jiménez, Rubén Torres González, Jesús Villafaña Tello.

Referencias

1. Jensen TS, Gottrup H, Kasch H, Nikolajsen L, Terkelsen AJ, Witting N. Has basic research contributed to chronic pain treatment? *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45:1128-1135.
2. Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain? *Pain Clin Update* 2003;11:1-4.
3. Covarrubias-Gómez A. Papel del anestesiólogo en el manejo del dolor crónico. *Rev Mex Anest* 2008;31(suppl 1):S235-S237.
4. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA* 1998;280:147-151.
5. Dirección General de Información en Salud. Base de datos de servicios otorgados y programas sustantivos en línea, 2000-2005. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Secretaría de Salud. Disponible en http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2005.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Banco de Información Económica. México. Disponible en <http://dgenesyp.inegi.org.mx/cgi-win/bdiecoy.exe/495?s=est&c=12499> (accessed February 4, 2009).
7. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). OECD Health Data 2008. United States. Disponible en <http://stats.oecd.org/health/>
8. Jacobs JM, Hammerman-Rozenberg R, Cohen A, Stessman J. Chronic back pain among the elderly: prevalence, associations, and predictors. *Spine (Phila 1976)* 2006;31:E203-E207.
9. Dirección de Prestaciones Médicas. Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS. *Rev Med IMSS* 2003;41:441-448.

10. Rico-Licona C. Incidencia de padecimientos ortopédicos en pacientes adultos atendidos en un hospital de asistencia privada. *Acta Ortop Mex* 2007;21:177-181.
11. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Ochoa-Carrillo F, Fernández-Orozco A, Bernal-Sahagún R. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en cáncer. *Cir Cir* 2006;74:381-396.
12. American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology* 2004;100:1573-1581.
13. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Rodríguez-Cabrera R, Carrasco-Rojas A, Aragón G, Ayón-Villanueva H. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. *Cir Cir* 2007;75:385-407.
14. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials* 1996;17:1-12.
15. Khan KS, Daya S, Jadad A. The importance of quality in primary studies producing unbiased systematic reviews. *Arch Intern Med* 1996;156:661-666.
16. Norma Oficial Mexicana. NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. Disponible en <http://bibliotecas.salud.gob.mx/cgi-bin/library?site=localhost&a=p&p=about&c=nomssa&ct=1&qto=3&l=es&w=utf-8>
17. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Shekelle P, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007;147:478-491.
18. European Commission. European Cooperation in the field of Scientific and Technical Research. COSTB13: Low back pain, guidelines for its management. Disponible en www.backpaineurope.org
19. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, Gil del Real MT, Hutchinson A, et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006;15(suppl 2):S169-S191.
20. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006;15 (suppl 2):S192-S300.
21. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997;22:2128-2156.
22. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJ, van Tulder MW. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: an updated Cochrane review. *Spine (Phila 1976)* 2008;33:1766-1774.
23. Davies RA, Maher CG, Hancock MJ. A systematic review of paracetamol for non-specific low back pain. *Eur Spine J* 2008;17:1423-1430.
24. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Rheumatoid arthritis: national clinical guideline for management and treatment in adults. London: Royal College of Physicians; 2009.
25. Luqmani R, Hennell S, Estrach C, Birrell F, Bosworth A, Davenport G, et al; British Society for Rheumatology; British Health Professionals in Rheumatology Standards, Guidelines and Audit Working Group. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis (the first two years). *Rheumatology* 2006;45:1167-1169.
26. Antman EM, Bennett JS, Daugherty A, Furberg C, Roberts H, Taubert KA. Use of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs: An Update for Clinicians: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2007;115:1634-1642.
27. Stanos SP. Topical agents for the management of musculoskeletal pain. *J Pain Symptom Manage* 2007;33:342-355.
28. Hyllested M, Jones S, Pedersen JL, Kehlet H. Comparative effect of paracetamol, NSAIDs or their combination in postoperative pain management: a qualitative review. *Br J Anaesth* 2002;88:199-214.
29. De Craen AJM, Di Giulio G, Lampe-Schoenmaeckers AJEM, Kesels AGH, Kleijnen J. Analgesic efficacy and safety of paracetamol-codeine combinations versus paracetamol alone: a systematic review. *Br Med J* 1996;313:321-325.
30. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, Adler JA, Ballantyne JC, Davies P, et al. American Pain Society-American Academy of Pain Medicine Opioids Guidelines Panel. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. *J Pain* 2009;10:113-130.
31. van Tulder M, Touray T, Furlan A, Solway S, Bouter L. Cochrane Back Review Group. Muscle relaxants for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration. *Spine* 2003;28:1978-1992.
32. See S, Ginzburg R. Choosing a skeletal muscle relaxant. *Am Fam Physician* 2008;78:365-370.
33. Royal College of General Practitioners. Clinical Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain; London: 1996, 1999.
34. Salerno SM, Browning R, Jackson JL. The effect of antidepressant treatment on chronic back pain: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 2002;162:19-24.
35. Fishbain D. Evidence-based data on pain relief with antidepressants. *Ann Med* 2000;32:305-316.
36. Urquhart DM, Hoving JL, Assendelft WW, Roland M, van Tulder MW. Antidepressants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;23(1):CD001703.
37. Staiger TO, Gaster B, Sullivan MD, Deyo RA. Systematic review of antidepressants in the treatment of chronic low back pain. *Spine* 2003;28:2540-2545.
38. Kroenke K, Krebs EE, Bair MJ. Pharmacotherapy of chronic pain: a synthesis of recommendations from systematic reviews. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31:206-219.
39. McClean G. Does gabapentin have an analgesic effect on background, movement and referred pain? A randomised, double-blind, placebo controlled study. *The Pain Clinic* 2001;13:103-107.
40. Yildirim K, Sisecioglu M, Karatay S, Erdal A, Levent A, Ugur M, et al. The effectiveness of gabapentin in patients with chronic radiculopathy. *Pain Clinic* 2003;15:213-218.
41. U.S. Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent low back pain in adults: Recommendation statement. *Am Family Phys* 2005;71:2337-2338.
42. Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1997;47:647-652.
43. Hagen KB, Jamtvedt G, Hilde G, Winnem MF. The updated Cochrane Review of bed rest for low back pain and sciatica. *Spine* 2005;30:542-546.
44. Staal JB, de Bie R, de Vet HC, Hildebrandt J, Nelemans P. Injection therapy for subacute and chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;16(3):CD001824.
45. Chou R, Loeser JD, Owens DK, Rosenquist RW, Atlas SJ, Baisden J, et al; American Pain Society Low Back Pain Guideline Panel. Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain: an evidence-based clinical practice guideline from the American Pain Society. *Spine* 2009;34:1066-1077.