

Recomendaciones basadas en evidencia para el manejo del dolor lumbar

Evidence-based Recommendations for the Management of Low Back Pain

Catalina Baena Álvarez*, Susan Martínez**, Linda Ibatá **, Patricia Abella. ***

*Especialista en Dolor y Cuidado Paliativo. Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Facultad de Salud. Universidad del Valle. Cali, Colombia. **Neuroeconomix, SAS. Bogotá, Colombia. ***Médico anestesiólogo, especialista en dolor. Coordinadora de la Clínica de dolor USS Tunal, Sub red sur Distrital, Bogotá, Colombia

Recibido: 23-04-2018

Aceptado: 17-05-2018

Correspondencia: Dra. Patricia Abella. Médico anestesiólogo, especialista en dolor. Coordinadora de la Clínica de dolor USS Tunal, Sub red sur Distrital, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: pabella@hotmail.com

Resumen

El dolor lumbar es una causa frecuente de consulta en los servicios de salud donde es insuficientemente reconocido y tratado. Esta patología genera costos importantes derivados de la atención médica directa y de la pérdida de productividad secundaria a la incapacidad asociada. El propósito de este documento es brindar una orientación basada en la eficacia, efectividad y seguridad de las alternativas disponibles, para el tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor lumbar en contextos no especializados. Las recomendaciones recopiladas provienen de guías de manejo publicadas por organizaciones reconocidas a nivel mundial como la American College of Physicians and the American Pain Society, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), National Guideline Clearing House y de otras fuentes consideradas de interés. Las indicaciones mundiales han sido revisadas y ajustadas a la realidad de la práctica colombiana, pueden no aplicar para todos los pacientes o todas las situaciones clínicas y no pretenden reemplazar el criterio médico sobre la evaluación individual de casos. Las recomendaciones recopiladas aquí brindan una directriz acerca del diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, seguimiento y remisión del paciente con dolor lumbar. El conocimiento basado en la evidencia se configura como la piedra angular de un tratamiento integral, impactando tanto en la calidad de vida y disminución de la discapacidad, como en la reducción de los gastos al sistema de salud asociados con la atención y manejo de esta condición.

Palabras clave: Dolor lumbar, Manejo del dolor, Revisión.

Abstract

Low back pain is a usual cause of medical consultation in health services, however, it is insufficiently recognized and treated. This pathology generates important costs derived from direct medical attention and the loss of productivity secondary to the associated disability. The purpose of this document is to provide guidance based on the efficacy, effectiveness and safety of available alternatives for the pharmacological and non-pharmacological treatment of low back pain in non-specialized contexts. The recommendations compiled come from management clinical guidelines published by worldwide known organizations such as the American College of Physicians and the American Pain Society, the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), the National Guideline Clearing House and other sources considered of interest. The global indications have been revised and adjusted to the context of Colombian medical practice, may not apply to all patients or all clinical situations and do not intend to replace the medical criteria on the individual assessment of cases. These recommendations provide guidelines on the diagnosis, pharmacological and non-pharmacological treatment, follow-up and remission of the patient with low back pain. Evidence-based knowledge is configured as the cornerstone of a comprehensive treatment, impacting on quality of life, reduction of disability, as well as health expenditures raised by the assessment and management of this condition.

Keywords: Low Back Pain, Pain Measurement; Review.

Introducción

El dolor lumbar es una causa frecuente de consulta en los servicios de salud donde es insuficientemente reconocido y tratado. Esta patología genera costos importantes derivados de la atención médica directa y de la pérdida de productividad secundaria a la incapacidad asociada ^{1,2}. Globalmente, el dolor lumbar crónico causa más discapacidad que cualquier otra condición y se estima que conduce a costos directos e indirectos de aproximadamente el 1,7% del producto nacional bruto de un país desarrollado. En América Latina, la prevalencia se ha estimado en el 11% ².

El propósito de este documento es brindar una orientación basada en la eficacia, efectividad y seguridad de las alternativas disponibles, para el tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor lumbar en contextos no especializados. Las recomendaciones recopiladas provienen de guías de manejo publicadas por organizaciones reconocidas a nivel mundial como la *American College of Physicians and the American Pain Society*, *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *National Guideline Clearing House* y de otras fuentes consideradas de interés. Las indicaciones mundiales han sido revisadas y ajustadas a la realidad de la práctica colombiana, pueden no aplicar para todos los pacientes o todas las situaciones clínicas y no pretenden reemplazar el criterio médico sobre la evaluación individual de casos.

Métodos

Se realizó una revisión de la literatura (tipo overview) sobre el tratamiento del dolor musculoesquelético/lumbar, altamente sensible, para identificar guías de práctica clínica relacionadas con el manejo del dolor lumbar. Bases de datos consultadas para guías de práctica clínica (GPC): *Guideline International network (GIN)*, *Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)*, *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*, *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*, *National Guideline Clearinghouse (NGC)*; bases de datos biomédicas: *Medline*, *Embase*. Se incluyeron otras recomendaciones de expertos basadas en revisión de evidencia. Se utilizaron términos de búsqueda como "pain management" AND "Musculoskeletal Pain" OR "low back pain", y se incluyeron estudios en idioma inglés y español, y publicaciones completas entre 2012 a 2017. Se identificaron 24 referencias, de las cuales 14 fueron seleccionadas. De las referencias incluidas, se obtuvo información relacionada con definiciones, consideraciones relevantes, indicaciones y objetivos del tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico y criterios de remisión.

Recomendaciones basadas en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento

Clasificación

El dolor lumbar se define como el dolor que se localiza por debajo del borde inferior de la última costilla y por encima de los pliegues glúteos inferiores, con o sin un componente neuropático ³. Una gran proporción de pacientes con dolor lumbar agudo presenta episodios auto limitados y no busca ayuda, otros buscan ayuda debido a la discapacidad que produce el dolor. Los casos en su mayoría se resuelven en menos de un mes independientemente del tratamiento, sin embargo, algunos pacientes (cerca de un tercio del total) reportan dolor persistente de moderada intensidad un año después del episodio agudo y uno de cada cinco presenta limitación importante para la actividad ⁴. El dolor lumbar se clasifica de acuerdo con la duración de los síntomas en⁴:

- El dolor lumbar agudo: duración inferior a cuatro semanas
- El dolor lumbar subagudo: duración de cuatro a doce semanas
- El dolor lumbar crónico: duración mayor a doce semanas

Diagnóstico del dolor lumbar

El primer médico calificado con capacidad de hacer una evaluación completa debe evaluar al paciente y realizar un diagnóstico de ingreso⁵. La evaluación del dolor lumbar se resumen en el algoritmo de la figura 1 y debe incluir:

1. Un grado subjetivo de dolor, evaluado a través de las escalas validadas para este fin⁶.
2. Una detallada historia clínica que permita descartar diagnósticos diferenciales como cáncer, infección, trauma o enfermedad inflamatoria; especialmente cuando es la primera vez que el paciente experimenta este dolor o si el dolor ha cambiado o se ha acompañado de nuevos síntomas⁷. Del mismo modo, desde la historia clínica de ingreso se debe identificar si el dolor es o no de naturaleza neuropática.
3. Consideración de respuesta previa a tratamientos y situación laboral.
4. Examen físico donde se pueda hacer una adecuada inspección y con énfasis en:
 - Observación de simetría.
 - Evaluación de postura y marcha.
 - Palpación localizada con percusión.
 - Pruebas de rango de movimiento.
 - Examen neurológico centrado en la sensibilidad, la fuerza y los reflejos con énfasis en las raíces nerviosas L4, L5 y S1, y el posible compromiso de la raíz nerviosa.
 - Prueba de tensión neural (levantamiento de la pierna recta, inclinación de la rodilla en prono, estiramiento femoral) realizada bilateralmente para evaluar la mecánica y la fisiología del sistema neural. Una prueba positiva es aquella que reproduce síntomas y puede orientar el diagnóstico hacia compromiso de una raíz nerviosa o del disco.

Figura 1. Diagrama de flujo para la evaluación inicial de dolor lumbar, guías ACP/APS. También se debe prestar especial atención en la identificación de banderas rojas (riesgo clínico) (ver Tabla I) y de banderas amarillas (indicadores psicosociales) (ver tabla 2)⁵.

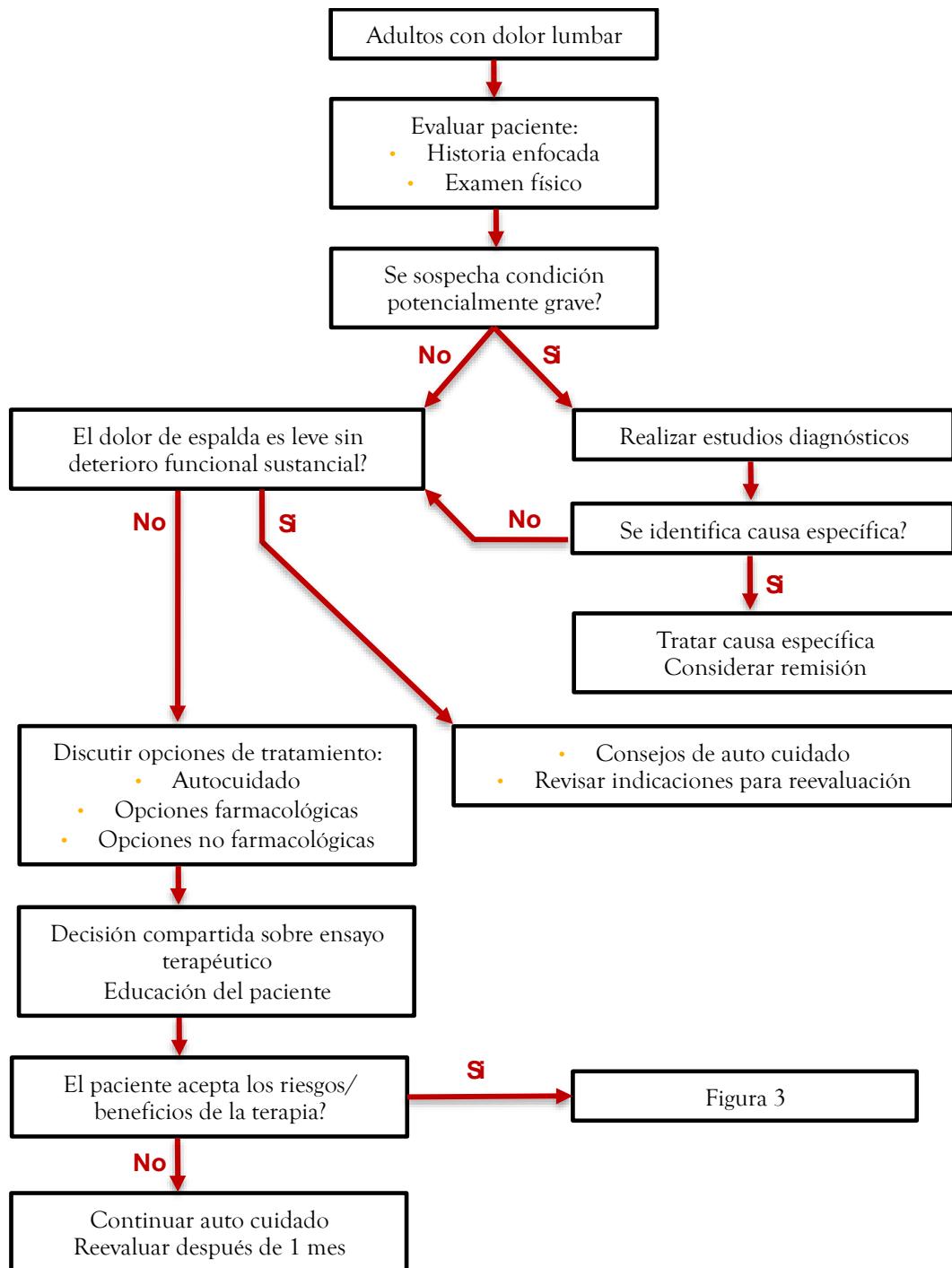
Tabla I. Banderas rojas ayudan a identificar condiciones potencialmente serias e indican necesidad de remisión. Tabla II. Banderas amarillas indican barreras psicosociales para la recuperación del paciente con dolor lumbar.

Herramientas diagnósticas

Se debe considerar el uso de una escala para estratificar el riesgo del paciente, como la *STarT Back risk assessment tool*, en el primer contacto con el paciente y en cada nuevo episodio de dolor lumbar con o sin características radiculares. Basado en esta estratificación de riesgo se valorará la necesidad de soporte de acuerdo al riesgo de obtener un mejor o peor desenlace⁷.

Dos herramientas que han sido identificadas para evaluar y documentar la discapacidad percibida son la escala analógica visual y el cuestionario de Oswestry⁶.

- **La escala de Oswestry (material suplementario I).** Es la más utilizada y recomendada a nivel mundial para medir la incapacidad por dolor lumbar y orientar al médico tratante sobre la afectación funcional. Consiste en un cuestionario auto aplicado específico para dolor lumbar, que mide la intensidad del dolor en respuesta a la toma de analgésicos y las limitaciones en las actividades cotidianas (cuidados personales, levantar peso, andar, estar sentado, estar de pie, dormir, actividad sexual, vida social y viajar).

Figura 1. Diagrama de flujo para la evaluación inicial de dolor lumbar, guías ACP/APS.

Tomado de: Amescua-García C, Colimon F, Guerrero C, Jreige Iskandar A, Berenguel Cook M, Bonilla P, et al. Most Relevant Neuropathic Pain Treatment and Chronic Low Back Pain Management Guidelines: A Change Pain Latin America Advisory Panel Consensus. *Pain Med*. 2017

Tabla I. Banderas rojas ayudan a identificar condiciones potencialmente serias e indican necesidad de remisión.

Banderas rojas (riesgo clínico)
<ul style="list-style-type: none"> • Signos o síntomas del síndrome de cauda equina (súbita pérdida de control vesical, retención urinaria, anestesia en silla de montar, ciática unilateral o bilateral, déficit sensorial y motor). • Empeoramiento severo del dolor, especialmente en la noche o al acostarse. • Trauma significativo. • Pérdida de peso inexplicable, historia de cáncer. • Edad mayor o igual a 50 años y falta de mejoría después de cuatro a seis semanas de tratamiento conservador del dolor lumbar. • Factores de riesgo para posibles infecciones espinales incluyendo el uso de drogas intravenosas, inmunosupresión, infección urinaria, fiebre por encima de 38°C por más de 48 horas, y antecedentes de tuberculosis o tuberculosis activa.

Tabla II. Banderas amarillas indican barreras psicosociales para la recuperación del paciente con dolor lumbar.

Banderas amarillas (indicadores psicosociales)
<ul style="list-style-type: none"> • Creencia de que la actividad es perjudicial. • “Comportamientos de enfermedad” como permanecer acostado. • Estado anímico bajo o negativo, aislamiento social. • Expectativas de tratamiento que no se ajustan a las mejores prácticas. • Problemas con incapacidades, insatisfacción laboral. • Historia de dolor lumbar. • Familia sobreprotectora o falta de soporte.

Consta de 10 preguntas con seis posibles respuestas cada una. Cada ítem se valora de 0 a 5, de menor a mayor limitación, si se marca la primera opción se puntuá 0 y 5 si la señalada es la última opción. Si se marca más de una opción se tiene en cuenta la puntuación más alta. En caso de no responder a un ítem, este se excluye del cálculo final. La puntuación total, expresada en porcentaje (de 0 a 100 %), se obtiene con la suma de las puntuaciones de cada ítem dividido por la máxima puntuación posible multiplicada por 100.⁸

- La escala analógica visual cuantifica la percepción del paciente sobre el dolor, ayuda al médico tratante a abordar el dolor y establece una línea base como referencia para evaluaciones futuras.

No se recomienda rutinariamente la realización de imágenes diagnósticas en pacientes adultos con dolor lumbar no específico. Únicamente se debe ofrecer la realización de imágenes en un contexto especializado, si el paciente tiene dolor lumbar persistente o presenta signos de claudicación neurogénica o radiculopatía y si se considera que los resultados pueden modificar la conducta^{2,7}. Por ejemplo, imágenes radiográficas AP y lateral cuando se sospecha compresión o fractura².

Los pacientes que son candidatos a cirugía o esteroides epidurales, es decir, con radiculopatía, deben someterse primero a resonancia magnética (o, si la resonancia magnética no está disponible, tomografía computarizada) antes de tomar cualquier decisión de tratamiento².

Tratamiento del paciente con dolor lumbar

Generalidades

La satisfacción del paciente con el tratamiento para dolor lumbar agudo, subagudo o crónico depende de un diagnóstico claro, con información clara e instrucciones fáciles sobre cómo manejar su dolor de espalda. Es importante seguir las siguientes recomendaciones generales⁶:

- Los médicos deben educar a los pacientes como complemento de todo tratamiento. No se sugiere ninguna forma estandarizada de educación
- Debe recomendarse el ejercicio para reducir la recurrencia del dolor lumbar. No se prefiere ningún ejercicio específico
- No se debe recomendar el reposo en cama para pacientes con dolor lumbar.
- No se deben indicar imágenes (tomografía, resonancia magnética y radiografía) para pacientes con dolor lumbar no específico
- El plan de cuidado debe incluir:
 - *Respuestas a preguntas dirigidas por el paciente, que incluya la discusión de la causalidad y la historia natural del dolor lumbar.*
 - *Instrucciones sobre el dolor y la actividad. Incluir componentes posicionales y de ejercicio, así como recomendaciones o limitaciones de trabajo si se requieren.*
 - *Recomendaciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico.*
 - *Descripción de signos de alarma que pueden requerir una reevaluación.*
 - *Folletos informativos para pacientes, con énfasis en reducir el miedo y la ansiedad, promover la autogestión activa e incorporar todos los componentes del tratamiento.*

Recomendaciones para el tratamiento del dolor lumbar agudo o subagudo

Teniendo en cuenta que el dolor lumbar agudo o subagudo se resuelve en un corto período de tiempo independiente del tratamiento, se deben seleccionar medidas no farmacológicas como calor superficial o masajes, que han demostrado ser efectivas en la mejoría del dolor y recuperación de la función.⁴

El tratamiento de primera línea debe enfatizar la educación del paciente y un plan básico de tratamiento que incluya la estimulación de la actividad, la ausencia de imágenes, el tratamiento antiinflamatorio y analgésico, y la evaluación del retorno al trabajo.⁶

Es importante informar al paciente acerca del pronóstico generalmente favorable del dolor lumbar agudo con o sin síntomas radiculares, con alta probabilidad de mejorar en el primer mes. Los médicos deben aconsejar a los pacientes con dolor lumbar agudo y subagudo que permanezcan activos y continúen las actividades de la vida diaria dentro de los límites permitidos por sus síntomas.^{4,6}

Las opciones de manejo farmacológico se describen en la Tabla III. Se debe considerar tratar a pacientes con dolor lumbar agudo con acetaminofén (*ha sido un analgésico de primera línea por mucho tiempo. Recientes autores indican que este fármaco no ha demostrado mejoría del dolor y funcionalidad, aunque la evidencia al respecto no es buena*)¹⁴ o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), ya que la adición de ciclobenzaprina o oxicodeona no mejora la evaluación funcional a los siete días o tres meses y aumenta los efectos adversos⁹. Los opioides deben ser usados con cautela y responsabilidad en presencia de dolor lumbar agudo o subagudo.¹⁰

Recomendaciones para el tratamiento del dolor lumbar crónico

En pacientes con dolor lumbar crónico la estrategia terapéutica inicial debe estar dirigida a tratamiento no farmacológico con ejercicio, rehabilitación, reducción de estrés a través de la meditación o yoga, ejercicio de control motor, relajación progresiva, biofeedback con electromiografía donde se encuentre disponible, terapia cognitivo conductual, etc.⁴.

Se debe enfatizar la importancia del peso ideal, hacer ejercicio para fortalecer la zona lumbar y reducir la inactividad para ayudar a aliviar el dolor lumbar crónico². Las actividades que más han mostrado beneficio para control del dolor son los programas de ejercicio individualizados, ejercicio supervisado en casa y ejercicio grupal. Las estrategias que incluyen estiramiento y fortalecimiento son las más efectivas⁴. Es importante que la terapia física sea realizada por personal entrenado.(Tabla III)

Tabla III. Opciones de manejo farmacológico.

Medicación		Dosificación	Contraindicaciones/precauciones	Efectos secundarios	Monitorización
Acetaminofén		Hasta 1000 mg TID (máximo 3000 mg/día para uso a largo plazo)	Enfermedad hepática. El uso concomitante a largo plazo con AINEs puede incrementar el riesgo de ulceras.	Mínimos	Toxicidad hepática con consumo a largo plazo y alta dosis. Mayor riesgo de presión arterial alta asociada con el uso a largo plazo.
AINE ^(a)	Ibuprofeno	Hasta 800 mg TID (máx. 800 mg QID)	Riesgo elevado de complicaciones gastrointestinales y defectos de coagulación. Uso por tiempo limitado, generalmente de varios días a una semana.	Principalmente gastrointestinales, posible retención de líquidos o efectos en el SNC como mareos o fatiga en dosis más altas.	Los pacientes mayores de 45 años deben tener protección gástrica con un inhibidor de bomba de protones. No usar a largo plazo. Monitoreo estricto.
	Diclofenaco	Hasta 50 mg BID (máximo 100 mg/día)			
Anti depresivos tricíclicos (TCA)	Amitriptilina	10 a 100 mg de HS	Comenzar lento e ir lento; Los TCA tienen efectos positivos en la arquitectura del sueño.	Somnolencia, efectos anticolinérgicos.	Precauciones en pacientes con anomalías cardíacas preexistentes y glaucoma.
	Nortriptilina				
Tramadol		Titulación lenta; máx. 400 mg/día Nota: Controlar la dosis diaria total de acetaminofén cuando use la combinación de tramadol - acetaminofén	La titulación lenta lo convierte en un producto de liberación controlada. Posible pérdida de analgesia cuando se combina con una dosis alta de opioide. Precaución si se agrega a TCAs o IRSNs	Mareos, somnolencia, astenia, molestias gastrointestinales, riesgo de posible hipoglucemia	Disfunción hepática y / o renal o riesgo de convulsiones preexistentes
Dolor neuropático con afectación musculo esquelética ^(b)					
Primera línea Anticonvulsivos (Gabapentin o Pregabalina)		Gabapentin: 300 mg HS hasta un máximo sugerido de 1200 mg TID. Se han usado dosis más altas. Pregabalina: 75 a 300 mg BID; puede necesitar comenzar con 25 mg en pacientes ancianos o sensibles.	El deterioro renal requiere ajuste de dosis. Se requiere una titulación más lenta para la pregabalina	Sedación, mareos y otros efectos secundarios del sistema nervioso central	Pruebas de función renal ocasionales
Antidepresivos tricíclicos (TCA)		Ver TCA para dolor lumbar crónico / dolor espinal.	Ver TCA arriba	Ver TCA arriba	Ver TCA arriba
Inhibidor de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSNs)	Duloxetina ^(c)	Comenzar con 30 mg con titulación (dosis máxima diaria recomendada 60 mg)	La insuficiencia renal significativa requiere un ajuste de la dosis. No suspender abruptamente.	Mareos, dolor de cabeza, insomnio o sedación, molestias gastrointestinales.	Posible pérdida de peso (especialmente venlafaxina).
	Venlafaxina ^(d)	Comenzar con 37,5 mg con titulación (dosis máxima diaria recomendada 225 mg)			
Segunda línea Aregar opioídes incluyendo tramadol		Reservar opioídes fuertes para manejo por especialista.	Ver tramadol arriba.	Ver tramadol arriba.	Ver tramadol arriba.

(a) Inhibidores de COX-2 (celecoxib) para pacientes con antecedentes de complicaciones graves; (b) Si el paciente no ha respondido a los medicamentos de primera o segunda línea, o puede tener un foco de dolor neuropático más central, se deben consultar las guías sobre dolor neuropático (c) No hay evidencia concluyente para recomendar a favor o en contra del uso de duloxetina para dolor lumbar crónico; (d) Recomendaciones basadas en opinión de expertos; no se encontró evidencia que apoyara recomendar el uso de venlafaxina para dolor lumbar crónico.

BID: dos veces al día; HS: a la hora de acostarse; QD: una vez al día; QID: cuatro veces al día; TID: tres veces al día AINE Antiinflamatorio no esteroideo TCA Antidepresivos tricíclicos IRSN Inhibidores de recaptación de serotonina IBP Inhibidor de bomba de protones

Tomado de: Canadian Medical Association. Evidence-Informed Primary Care Management Of Low Back Pain Clinical Practice Guideline. Diciembre 2015.

Los AINEs deben prescribirse a la menor dosis efectiva por el menor tiempo posible ^{4,7}. El uso de opioides sólo debe considerarse en pacientes que han fallado a la primera y segunda línea de tratamiento y sólo si los beneficios superan los riesgos y el paciente acepta su uso ⁴.

Recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo del dolor lumbar

- Si se desea adicionar manejo farmacológico, por decisión del médico o por solicitud del paciente, la elección del medicamento debe ser individualizada teniendo en cuenta el perfil de riesgo del paciente (factores reno vasculares y gastrointestinales) y las preferencias del mismo ⁴.
- La prescripción de medicamentos, si es necesaria para aliviar el dolor, debe hacerse preferiblemente a intervalos regulares.
- Se recomienda de primera línea el uso de acetaminofén y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), sin embargo, la elección deberá ser individualizada ⁴.
- Los riesgos cardiovasculares, renales, gastrointestinales y comorbilidades deben tenerse en cuenta al prescribir cualquier AINEs. Los AINEs se asocian con efectos secundarios leves a moderadamente graves, tales como: dolor abdominal, sangrado, diarrea, edema, sequedad de boca, exantema, brote, erupciones, mareos, dolor de cabeza y cansancio (4,11).
- Se debe considerar un inhibidor de la bomba de protones para pacientes mayores de 45 años de edad cuando se usa un AINE o un inhibidor oral de COX-2.
- Los antidepresivos tricíclicos amitriptilina y nortriptilina pueden tener un efecto para el dolor lumbar crónico a dosis mucho más bajas que las que se podrían utilizar para la depresión. Los posibles efectos secundarios incluyen somnolencia y efectos anticolinérgicos (4,11).
- El uso cauteloso y responsable de los opioides sólo debe ser considerado para pacientes cuidadosamente seleccionados con dolor agudo severo no controlado con acetaminofén y AINEs, a una dosis efectiva mínima solo por un período limitado de tiempo, usualmente menos de una a dos semanas. La necesidad continua de opioides es una indicación para la reevaluación (4,11).
- En general, los opioides y analgésicos compuestos tienen un riesgo sustancialmente mayor de efectos secundarios y riesgo de dependencia en comparación con el acetaminofén solo. Los efectos secundarios cognitivos deben ser descartados en los pacientes para actividades como conducir (4,11).

Tabla III. Resumen de fármacos usados en el manejo de dolor lumbar.

Recomendaciones para el manejo no farmacológico del dolor lumbar

El manejo no farmacológico se centra en el autocuidado, por lo que se debe brindar al paciente consejería e información ajustada a sus necesidades y capacidades para ayudarles a que ellos mismos manejen su dolor. Se debe alentar a los pacientes para que continúen con su actividad normal.

Programas de autogestión

- Se ha observado que quienes reciben consejería y educación en autocuidado presentan menos recaídas que aquellos que no la reciben ⁷. Se debe recomendar, si está disponible, un programa para aprender habilidades en afrontamiento del dolor. Estos programas se ofrecen a través de programas de dolor crónico y profesionales capacitados para el asesoramiento individual.
- Los programas de autogestión se enfocan en enseñar habilidades como el autocontrol de los síntomas, determinar los factores causales probables en las exacerbaciones o mejorías del dolor, el ritmo de actividad, las técnicas de relajación, y las habilidades de comunicación.

La actividad física

- Aconsejar a los pacientes que se están recuperando de un episodio de dolor lumbar agudo, que los episodios recurrentes son comunes y que permanecer físicamente activo y participar en el ejercicio regular, puede reducir la probabilidad de recurrencias ⁵.

- Se debe brindar educación a los pacientes respecto a los efectos negativos que tiene la inmovilidad comparado con el uso eficaz de períodos limitados de descanso. La inmovilidad prolongada resulta en efectos deletéreos como reducción en la capacidad aeróbica y acondicionamiento, pérdida de fuerza muscular y flexibilidad, aumento en la rigidez segmentaria, favorecimiento de la desmineralización ósea y facilitación del papel de enfermo. Un descanso adecuado permite al paciente cumplir con el tratamiento y beneficiarse del programa de rehabilitación. Existe fuerte evidencia en contra de aconsejar descanso en cama en dolor lumbar agudo sin síntomas neurológicos.⁷
- El regreso al trabajo o a las actividades laborales lo más pronto posible es un elemento esencial del manejo del dolor y la rehabilitación, permite disminuir la ansiedad, reduce el riesgo de depresión y reconecta al individuo con la sociedad.⁷ En caso de ser necesario se debe ofrecer consejería con un médico especialista en salud ocupacional para facilitar el retorno al trabajo.

Ejercicio físico

- Los pacientes deben limitar o acelerar cualquier actividad o ejercicio que cause la diseminación de los síntomas.
- Se debe animar al paciente a iniciar un ejercicio suave y a aumentar gradualmente el nivel de ejercicio dentro de su tolerancia al dolor. Cuando el ejercicio exacerba el dolor del paciente, el programa de ejercicios debe ser evaluado por un fisiatra calificado o especialista en ejercicio.
- Se recomienda el ejercicio en el tratamiento del dolor lumbar subagudo. El ejercicio progresivo se basa en una serie de variables que incluyen, pero no se limitan a aumentar la actividad física, la educación con respecto al dolor y un programa de ejercicios graduados.
- Se recomienda el ejercicio acuático terapéutico para el dolor lumbar crónico.

Medidas físicas: paquetes fríos o calientes

- Recomendar el calor superficial (aplicación de almohadillas térmicas o mantas calentadas) para el alivio a corto plazo del dolor lumbar agudo.
- La experiencia clínica apoya terapias que alternan el calor y el frío según la preferencia del paciente.
- El calor o el frío no deben aplicarse directamente a la piel, se debe utilizar con buena protección y máximo durante 15 a 20 minutos.

Programas de tratamiento para el dolor subagudo de espalda relacionado con el trabajo

- Para el dolor lumbar subagudo (duración de cuatro a ocho semanas), la rehabilitación interdisciplinaria intensiva (definida como una intervención que incluye una consulta médica coordinada con una intervención psicológica, física, social o vocacional) es moderadamente eficaz.
- Hay pruebas de que la restauración funcional con un componente cognitivo-conductual reduce el ausentismo laboral.

Terapia Manual - Masaje Terapéutico

- Se debe recomendar la terapia de masaje como complemento de un programa más amplio de rehabilitación activa.

Terapia cognitivo conductual

- Cuando los programas de terapia cognitivo conductual de dolor crónico en grupo no estén disponibles, se debe considerar la remisión para terapia cognitivo conductual individual proporcionada por un psicólogo u otro profesional calificado con capacitación y / o experiencia en terapia cognitivo-conductual para el manejo del dolor crónico.¹²

Acupuntura

- Existe buena evidencia que la acupuntura es efectiva para reducción de la incapacidad y el dolor en pacientes con dolor lumbar crónico o subagudo. Se recomienda como complemento de un programa de rehabilitación activa más

amplio, en pacientes que deseen aumentar la funcionalidad y/o reducir el uso de medicamentos y que hayan expresado interés en esta modalidad de tratamiento. También se recomienda en pacientes que no toleran los AINEs u otros medicamentos.¹³

- Es importante que esta terapia sea realizada por profesionales acreditados y con experiencia en tratamiento de dolor crónico. La incidencia de eventos adversos menores en los ensayos clínicos fue del 5%. No se informaron eventos adversos graves.

Respondent Behavioral Therapies (relajación progresiva o biofeedback EMG)

- El *biofeedback* es una forma de medicina comportamental que ayuda a los pacientes a aprender autoconocimiento y autorregulación con el propósito de tener más control de su fisiología, como actividad muscular y actividad del sistema nervioso autónomo.
- Las reacciones fisiológicas relacionadas con la respuesta al estrés pueden aumentar o causar dolor. La estimulación eléctrica es usada para monitorear la fisiología y luego darle feedback al paciente de manera visual, auditiva o táctil, con consejería por un especialista en esta técnica.
- La evidencia muestra que el *biofeedback* o terapia de relajación tiene el mismo efecto que la terapia cognitiva comportamental para el dolor lumbar crónico.

Intervenciones no quirúrgicas del dolor lumbar

Dentro de las intervenciones no quirúrgicas se encuentran la denervación por radiofrecuencia y las inyecciones epidurales. La calidad de la evidencia no es buena para muchos procedimientos intervencionistas, por lo que deben reservarse para casos individualizados y estrictamente en manejo de expertos.

Denervación por radiofrecuencia

La denervación por radiofrecuencia es un procedimiento percutáneo mínimamente invasivo que se realiza con anestesia local o sedación ligera, donde a través de una aguja se libera energía de radiofrecuencia a los nervios objetivo. Esta energía focalizada calienta y desnaturaliza el nervio. Los axones pueden regenerarse con el tiempo por lo que se puede requerir repetir el procedimiento si el dolor reaparece.

La duración del alivio del dolor después del procedimiento es incierta; estudios sugieren que puede ser de 6 a 12 meses. Este procedimiento se debe ofrecer sólo cuando los tratamientos no quirúrgicos no han funcionado, cuando se considera que la principal fuente de dolor son las estructuras inervadas por la rama medial y cuando el dolor localizado es moderado a severo (5 o más en la escala visual análoga). Previo a la realización de este procedimiento no es necesario realizar imágenes diagnósticas como prerequisito.⁷

Todos los pacientes deben continuar con ejercicio apropiado con rehabilitación funcional dirigida. Este procedimiento no se recomienda para pacientes con múltiples generadores de dolor o el compromiso de más de tres niveles de rama medial.⁷

Inyección epidural

La inyección epidural de medicamentos, incluyendo corticoides es comúnmente ofrecida a personas con ciática. Este procedimiento puede mejorar los síntomas, reducir la discapacidad y disminuir el tiempo para retomar las actividades cotidianas. Existen varias formas de realizar este procedimiento, inyectando el corticoide a través de la apertura caudal hacia el canal espinal en el sacro o a través del espacio foraminal al nivel donde se presume está la irritación nerviosa.^{6,7}

La inyección epidural de anestésicos locales o corticosteroides se debe considerar en personas con ciática aguda y severa. No se recomienda su uso para claudicación neurogénica en personas con estenosis del canal espinal.^{6,7} Existe alguna evidencia que la adición de esteroides a una inyección transforaminal de bupivacaina puede reducir la frecuencia de cirugía en el primer año después del tratamiento, en pacientes con compresión nerviosa y hallazgos imagenológicos correspondientes, quienes son fuertes candidatos a cirugía.⁶

Intervenciones quirúrgicas del dolor lumbar

El número de procedimientos para el manejo del dolor lumbar se ha incrementado en los últimos años; sin embargo, la evidencia disponible ha mostrado que estos procedimientos tienen un modesto beneficio en dolor, funcionalidad y calidad de vida, son costosos y su tasa de complicaciones puede ser hasta del 20%. ⁷ En general, si las intervenciones no quirúrgicas fallan, está indicado el tratamiento quirúrgico, especialmente si el paciente presenta las siguientes características⁶:

- La mejoría de los síntomas alcanzó una meseta y hay síntomas residuales de dolor y limitación funcional tras seis a doce semanas de tratamiento no quirúrgico.
- En casos de mielopatía y algunos casos severos de compresión de la raíz nerviosa.
- Recurrencia frecuente de síntomas que causen limitación funcional importante, incluso si el tratamiento no quirúrgico brinda mejoría significativa de los síntomas y restauración de la función en cada recurrencia.
- El paciente y el médico han identificado que el tratamiento quirúrgico puede mejorar la realización de actividades de la vida diaria o vida laboral.

Los pacientes deben estar de acuerdo en cumplir con un plan de ejercicio en casa en el pre y postoperatorio. Es importante explicarle al paciente con claridad el tiempo de recuperación postquirúrgico y la limitación funcional en ese periodo. En cuanto al procedimiento de descompresión de la raíz nerviosa, los pacientes deben tener los siguientes signos de radiculopatía para ser candidatos a cirugía:

- El dolor en las piernas es más intenso que el dolor lumbar e interfiere con la función, con la actividad laboral y para la realización de terapia.
- Al examen físico se observa reflejos anormales, debilidad motora, déficit de sensibilidad radicular.
- Los hallazgos en la imagen de resonancia magnética indican compromiso de los nervios o cordón espinal concordante con los hallazgos al examen físico.

La descompresión espinal se debe realizar únicamente en personas con ciática que no presenten mejoría del dolor o la función y sus hallazgos radiológicos sean consistentes con la clínica del paciente. El índice de masa corporal, el ser fumador y las alteraciones psicológicas del paciente no deben influenciar la decisión del médico tratante de interconsultar al neurocirujano en casos de ciática sin respuesta al manejo convencional. ⁷

*Seguimiento y remisión de pacientes con dolor lumbar**Seguimiento*

- Seguimiento en una semana si el dolor es severo y no ha disminuido.
- Seguimiento en seis semanas si no se recupera sustancialmente.
- Revaluación de pacientes cuyos síntomas no resuelven. Se recomienda repetir las herramientas de identificación y cuantificación si los síntomas persisten hasta seis semanas. Si los síntomas no están mejorando, se debe considerar un diagnóstico incorrecto, un tratamiento incorrecto, o que hay otros factores no relacionados con la columna vertebral que inhiben la recuperación. ⁶
- Identificación de factores de riesgo psicosocial (banderas amarillas). Se debe realizar una evaluación psicológica o psicosocial en pacientes en los que no se observe mejoría en seis a doce semanas y en quienes los síntomas subjetivos no se correlacionen con signos y pruebas objetivas. ^{5,7}

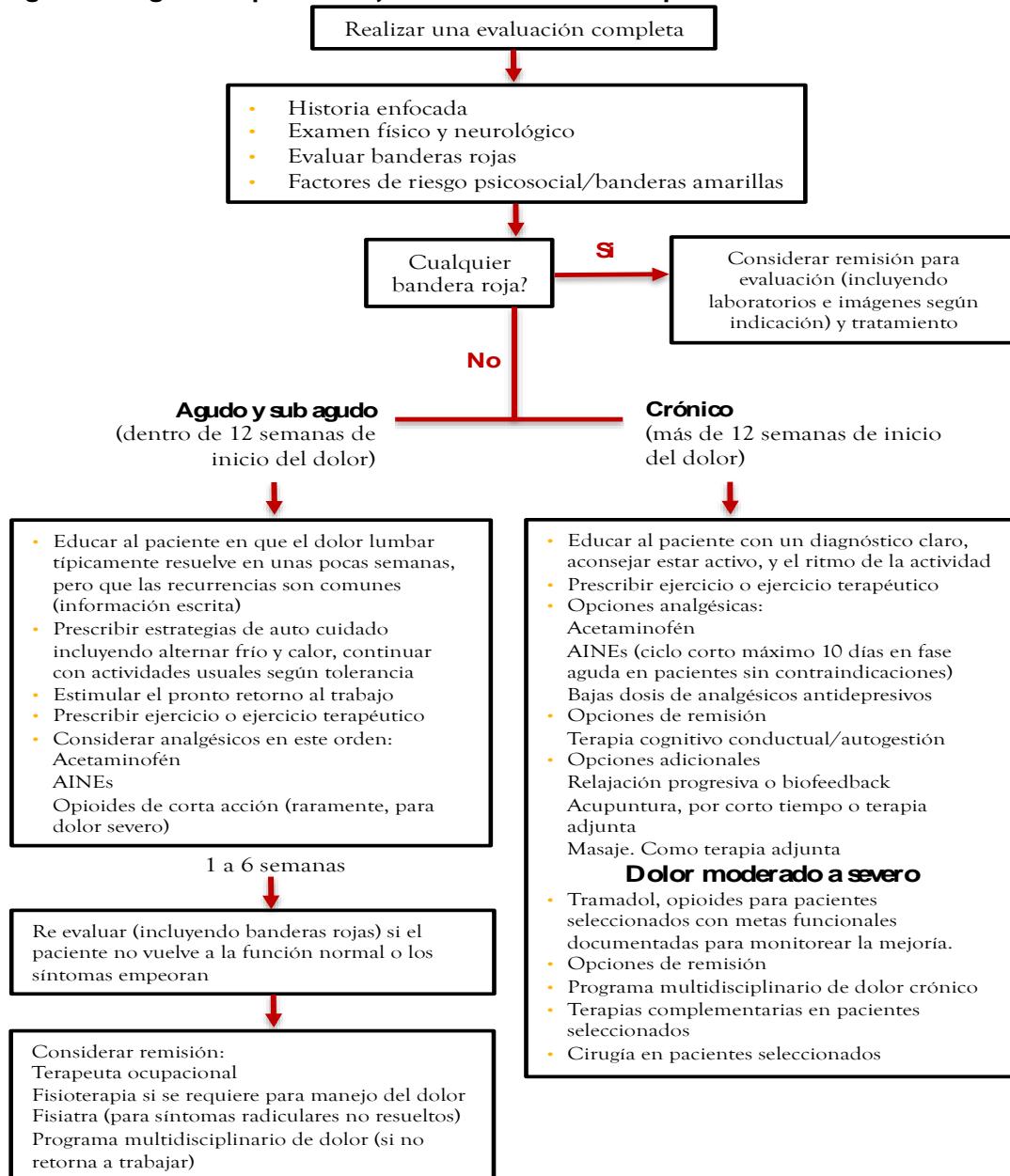
Remitir a pacientes con:

- Presencia de banderas rojas indicando una alta probabilidad de patología subyacente grave para la evaluación inmediata y tratamiento.
- Dolor de espalda o piernas, o limitación significativa de la función incluyendo actividades relacionadas con el trabajo, dentro de dos a seis semanas.
- Persistencia de dolor lumbar severo por el cual el paciente consideraría la cirugía, particularmente si se relaciona con estenosis espinal con dolor en las piernas o claudicación, y cuando el individuo está en óptimo plan de cuidado, incluyendo un programa de tratamiento físico y psicológico.

- Referir a un programa multidisciplinario de dolor crónico al paciente significativamente afectado por el dolor lumbar y ninguna mejora con el manejo de atención primaria.

En la Figura II se resume el manejo de dolor lumbar no específico en adultos, con el fin de que el médico de atención primaria identifique de manera secuencial y ordenada el abordaje terapéutico de estos pacientes, favoreciendo un tratamiento óptimo y oportuno, de manera integral al paciente con dolor lumbar, restablecer su condición de salud y mejorar su calidad de vida.

Figura II. Algoritmo para manejo de dolor lumbar no específico en adultos.



Tomado de: Canadian Medical Association. Evidence-Informed Primary Care Management Of Low Back Pain Clinical Practice Guideline. Diciembre 2015.

Conclusiones

El dolor lumbar es un motivo de consulta frecuente en la consulta médica, lo que resalta la importancia del rol del médico familiar en salud para su diagnóstico y tratamiento. Este síndrome doloroso genera costos importantes derivados de la atención médica directa y de la pérdida de productividad secundaria a la incapacidad asociada. Las recomendaciones recopiladas aquí, brindan una directriz acerca del diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, seguimiento y remisión del paciente con dolor lumbar. El conocimiento basado en la evidencia se configura como la piedra angular de un tratamiento integral, impactando tanto en la calidad de vida y disminución de la discapacidad, como en la reducción de los gastos al sistema de salud asociados con la atención y manejo de esta condición.

Referencias

1. Katz JN. Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88 Suppl 2:21–4.
2. Amescua-García C, Colimon F, Guerrero C, Jreige Iskandar A, Berenguel Cook M, Bonilla P, et al. Most Relevant Neuropathic Pain Treatment and Chronic Low Back Pain Management Guidelines: A Change Pain Latin America Advisory Panel Consensus. *Pain Med [Internet].* 2017;1–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29025132%0Ahttp://academic.oup.com/painmedicine/article/doi/10.1093/pain/pnx198/4093798/Most-Relevant-Neuropathic-Pain-Treatment-and>
3. Meucci RD, Fassa AG, Xavier Faria NM. Prevalence of chronic low back pain: Systematic review. *Revista de Saude Publica.* 2015.
4. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine.* 2017. p. 514–30.
5. CMA CMA. Evidence- Informed primary care management of Low back pain.Clinical Practice Guideline. 2015;(December 2015). Available from: http://www.topalbertadoctors.org/download/1885/LBPguideline.pdf?_20160225091721
6. Physicians AC of. National Guideline Clearinghouse (NGC). Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. 2017;
7. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NG59). NICE. 2016.
8. Alcántara-Bumbiedro S, Flórez-García MT, Echávarri-Pérez C, García-Pérez F. Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitacion.* 2006. p. 150–8.
9. Frazer K, Stevermer J. PURLs: More isn't better with acute low back pain treatment. *J Fam Pract.* 2016;65(6):404.
10. Samson K. American College of Physicians Guideline: Opioids Should Be Last Resort for Low Back Pain. *Neurol Today.* 2017;17(6):20–2.
11. Lundberg D, Axelsson S, Boivie J, Eckerlund I, Gerdle B, Gullacksen A-C, et al. Methods of Treating Chronic Pain. Sbu Summ Conclusions [Internet]. 2006;(October):1400–3. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447986/pdf/Bookshelf_NBK447986.pdf
12. Mariano TY, Urman RD, Hutchison CA, Jamison RN, Edwards RR. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Subacute Low Back Pain: a Systematic Review. *Curr Pain Headache Rep [Internet]. Current Pain and Headache Reports;* 2018;22(3):15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29476270http://link.springer.com/10.1007/s11916-018-0669-5>
13. Yin C, Buchheit TE, Park JJ. Acupuncture for chronic pain: An update and critical overview. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2017;30(5):583–92.
14. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain | Annals of Internal Medicine | American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017 Apr;166(7):514–30.