

**RESTRICCIÓN DEL
MOVIMIENTO**

RIGIDEZ

ESTADO DE ÁNIMO BAJO

ANGUSTIA

PROBLEMAS

PARA DORMIR

RIGIDEZ

PROBLEMAS

DE POSTURA

ESPASMOS

DEBILIDAD

DE PIERNAS

DIFICULTAD AL

CAMINAR

LETARGO

PÉRDIDA DE

APETITO

DOLOR NERVIOSO

**Protocolo del dolor
lumbar inespecífico**

#EscuchaElDolor

#ListenToPain

PASO 1: EVALUAR EL LUMBAGO

PREGUNTARLE AL PACIENTE SOBRE LOS SÍNTOMAS DEL LUMBAGO¹⁻⁵

Duración del dolor	Aumento del dolor al levantar objetos y agacharse	Rigidez matutina al despertar	Dolor que se irradia desde la espalda hacia las nalgas, la pierna o la cadera	Dolor que restringe el movimiento
--------------------	---	-------------------------------	---	-----------------------------------

IDENTIFICAR SÍNTOMAS QUE REQUIEREN CONSULTA CON ESPECIALISTA^{2,3,6}

- Duración del dolor de más de 6 semanas
- Fiebre, escalofríos, sudores nocturnos
- Dolor que empeora al toser o sentarse
- Dolor que se irradia por debajo de la rodilla
- Uso prolongado de corticosteroides

- Pérdida de peso inesperada
- Antecedentes de neoplasias malignas (cáncer)
- Traumatismo importante o traumatismo menor en ancianos
- Debilidad muscular importante

PASO 2: IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

IDENTIFICAR CUALQUIER AFECCIÓN O MEDICAMENTOS QUE LIMITEN LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO⁷⁻¹¹

Medicamentos que limitan el tratamiento

- AINes*: riesgo de hemorragia, disminución de la eficacia antihipertensiva, aumento de los niveles de medicamentos como metotrexato
- Acetaminofén: aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén
- Opioides: riesgo de abuso de medicamento

Afecciones médicas que limitan el tratamiento

- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad hepática
- Enfermedad de úlcera péptica
- Enfermedad cardiovascular

AINes, antiinflamatorios no esteroideos; * Solo con AINes orales

IDENTIFICAR LO QUE EL PACIENTE HA USADO EN EL PASADO PARA TRATAR EL LUMBAGO

PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO PARA EL LUMBAGO AGUDO^{1-4,6,12}

¿TIENE EL PACIENTE ALGUNA PREFERENCIA POR EL TRATAMIENTO CON BASE EN LO QUE SE UTILIZÓ EN EL PASADO?

SI ES ASÍ

Recomendar tratamiento no farmacológico

- Educación del paciente
- Permanecer activo
- Continuar/volver al trabajo
- Confortación del paciente
- Fisioterapia para ayudar a fortalecer los músculos que sostienen la espalda (después de consultar con un médico)
- Cambios en el estilo de vida

Y

Recomendar la preferencia del paciente si es posible, teniendo en cuenta el paso 2

SI NO

Recomendar tratamiento no farmacológico

- Educación del paciente
- Permanecer activo
- Continuar/volver al trabajo
- Tranquilidad del paciente
- Fisioterapia para ayudar a fortalecer los músculos que sostienen la espalda (después de consultar con un médico)
- Cambios en el estilo de vida

Y

Recomendar el tratamiento adecuado para el lumbago agudo y crónico

- Ibuprofeno
- Naproxeno
- Acetaminofén
- Ciclobenzaprina
- Tizanidina
- Tramadol

- Duloxetina

PASO 1

EVALUAR LOS SÍNTOMAS

- Preguntas que deben formularse (Tabla 1)
- Evaluar el tipo de lumbago (Tabla 2)
 - *Con frecuencia, el lumbago se clasifica y trata en función de la duración de los síntomas, la posible causa, la presencia o ausencia de síntomas radicales y las anomalías anatómicas o radiográficas correspondientes.*
- Síntomas o circunstancias que requieren consulta con especialista (Tabla 3)

PASO 2

IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

- Preguntas que se deben formular para personalizar el tratamiento (Tabla 4)
- Afecciones y medicamentos (Tablas 5 y 6)
- Evaluar el tratamiento previo (Tabla 7)
- Preguntas que se deben formular sobre el tratamiento anterior (Tabla 7)

PASO 3

RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

- Recomendaciones no farmacológicas (Tabla 8)
- Recomendación farmacológica (Tabla 9)

PASO 1: EVALUAR LOS SÍNTOMAS

TABLA 1

PREGUNTAS PARA FORMULAR ^{1,2,4}
¿Puede hablarme de las características de su lumbago? • ¿Puede describir el dolor? (por ejemplo, agudo, poco intenso, urente) • ¿Cuál es la ubicación exacta de su lumbago? • ¿Cuándo empezó el dolor y cuánto tiempo ha tenido el dolor? • ¿Qué hacía cuando notó el dolor? • ¿Cuán intenso o fuerte es el dolor? • ¿Qué empeora o mejora el dolor?
¿Tiene otros síntomas?² • Buscar síntomas que requieran consulta a un médico (síntomas de alerta) • ¿El dolor crónico es hereditario (como artritis o dolor de espalda)?
¿Es un primer episodio o un episodio recurrente? Los episodios recurrentes suelen ser más dolorosos con un aumento de los síntomas.

→ TABLA 2

DIFERENCIACIÓN ENTRE TIPOS DE LUMBAGO (LBP) ^{1,2,5,13}		
Agudo	Subagudo	Crónico
Ocurre repentinamente y, por lo general, dura menos de 4 semanas.	Puede aparecer repentinamente o con el tiempo y dura de 4 a 12 semanas.	Puede aparecer de forma rápida o lenta y dura más de 12 semanas y se presenta diariamente.
• El lumbago suele ser inespecífico o mecánico. • El lumbago mecánico surge intrínsecamente de la columna vertebral, los discos intervertebrales o los tejidos blandos circundantes. • El lumbago agudo a menudo es inespecífico y, por lo tanto, no puede atribuirse a una causa definida. • El lumbago no radicular es un dolor de espalda que normalmente no se irradia más allá de la rodilla. • El lumbago radicular produce dolor en las extremidades inferiores (se irradia desde la espalda y la cadera hacia las piernas), parestesia (hormigueo, entumecimiento) o debilidad y es el resultado del pinzamiento de la raíz nerviosa (compresión).		

PASO 1: EVALUAR LOS SÍNTOMAS

→ TABLA 3

SÍNTOMAS O CIRCUNSTANCIAS QUE REQUIEREN LA DERIVACIÓN A ESPECIALISTAS (SEÑALES DE ALERTA) ^{1-4,6,12}	
Señales de alerta	Posible causa/preocupación
Dolor que dura más de 6 semanas	El 80% al 90% de todos los episodios de lumbago se resuelven en 6 semanas. (De ahí una señal de alerta)
Dolor que se irradia por debajo de la rodilla	Hernia de disco o compresión de la raíz nerviosa por debajo de la raíz nerviosa L3
Dolor radicular que se irradia hacia las piernas en la distribución de una raíz nerviosa lumbar o sacra y a menudo se presenta con déficits sensitivos y motores	Ciática
Traumatismo importante o traumatismo menor en ancianos	Posibilidad de fractura
Fiebre, escalofríos, sudores nocturnos, malestar general o pérdida de peso no deseada	Infección o neoplasias malignas
Uso prolongado de corticosteroides	Fractura
Dolor que se produce por la noche, despierta al paciente del sueño o es implacable a pesar de la analgesia y el descanso apropiados	Tumor o infección
Dolor que empeora al toser, sentarse y se alivia al permanecer en decúbito supino	Hernia de disco
Paciente que notifica un inicio repentino o progresivo de nueva retención urinaria, incontinencia fecal con lumbago	Síndrome de la cola de caballo (ocurre cuando las raíces nerviosas de la columna lumbar están comprimidas y cortan la sensibilidad y el movimiento). Remisión de emergencia a urgencias

PASO 2: IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

TABLA 4

PREGUNTAS PARA PERSONALIZAR EL TRATAMIENTO DEL LUMBAGO

- ¿Está tomando algún medicamento, tanto recetado como de venta libre? Si es así, ¿cuáles son y cuál es la dosis?
- ¿Tiene alguna afección médica?
- ¿Qué ha usado antes para el lumbago?
- ¿Qué factores agravan o alivian los síntomas?

→ TABLA 5

MEDICAMENTOS PARA USAR CON PRECAUCIÓN CON ACETAMINOFÉN O AINES ORALES^{7,14,15}

Preocupación	Posible interacción farmacológica
Aumento del riesgo de hemorragia con AINES orales	• Algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) • Algunos antidepresivos tricíclicos • Ácido acetilsalicílico (AAS) • Corticosteroides • Warfarina • Ginkgo biloba
Disminución de la eficacia antihipertensiva con AINES orales	• Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) • Bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARA) • Diuréticos • Betabloqueadores
Aumento de los niveles de fármacos con AINES orales	• Litio • Metotrexato
Aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén	• Medicamentos para la epilepsia (por ejemplo, carbamazepina) • Otros inductores de la enzima P450 (por ejemplo, isoniazida, rifampicina) • Alcohol

PASO 2: IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

→ TABLA 6

CONSIDERACIONES AL SELECCIONAR ANALGÉSICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CONCURRENTES ⁷⁻¹¹	
Enfermedades concurrentes	Notas
Enfermedad renal crónica	- Los AINEs tienen efectos de clase nefrotóxicos demostrados y deben evitarse siempre que sea posible en pacientes con síntomas de insuficiencia renal - El acetaminofén es el analgésico de primera línea preferido para el tratamiento episódico del dolor leve en pacientes con disfunción renal, ERC o que requieren diálisis. Sin embargo, a veces puede estar justificada la minimización de la dosis (se ha recomendado un máximo de 3 g/día para pacientes con insuficiencia renal avanzada).
Enfermedad hepática	- AINEs: Los AINEs pueden causar daño hepático agudo con gravedad variable. - Acetaminofén: No está contraindicado en la enfermedad hepática. Puede causar toxicidad hepática si se toma en grandes cantidades.
Enfermedad de úlcera péptica	- El uso crónico de AINEs se asocia con reacciones adversas potencialmente graves del aparato gastrointestinal superior, incluyendo úlcera péptica y hemorragia gastrointestinal. - Acetaminofén: menor riesgo de efectos adversos en comparación con los AINEs
Enfermedad cardiovascular	- Todos los AINEs sin aspirina pueden estar asociados con un posible aumento del riesgo trombótico CV. - Los AINEs están contraindicados en pacientes que se han sometido a cirugía de revascularización miocárdica. - El uso de acetaminofén a las dosis recomendadas no se asocia con ningún riesgo adicional de acontecimientos CV importantes.

→ TABLA 7

PREGUNTAS QUE SE DEBEN HACER SOBRE EL TRATAMIENTO PREVIO
¿Qué ha usado antes para tratar el lumbago? ¿Qué dosis usó? ¿Fue eficaz? ¿Tuvo algún efecto secundario? ¿Tiene alguna preferencia por algún tratamiento específico?

PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

TABLA 8

RECOMENDACIONES NO FARMACOLÓGICAS PARA EL LUMBAGO ^{1-4,6,12,13,16}	
Educación del paciente y autocuidado	• Empoderar a los pacientes con información basada en la evidencia sobre el lumbago (utilizando folletos o asesoramiento) es vital para su manejo. • Se debe aconsejar al paciente que permanezca activo, evitar el reposo en cama tanto como sea posible, y que regrese a sus actividades normales lo antes posible. • Aconsejar al paciente que evite torcerse y doblarse.
Ejercicio y fisioterapia (Es importante que el paciente consulte con el médico o fisioterapeuta antes de comenzar cualquier rutina de ejercicio).	• Fisioterapia para ayudar a fortalecer los músculos que sostienen la espalda, lo que puede mejorar la movilidad, la postura y la posición. • Los ejercicios de fortalecimiento también pueden ayudar a disminuir el dolor.
Cambios en el estilo de vida	• Mover el cuerpo adecuadamente cuando realice actividades diarias, especialmente aquellas que implican levantar objetos pesados, empujar o jalar. • Evitar cualquier actividad que cause o aumente el dolor. • Practicar hábitos saludables como ejercicio, relajación, sueño habitual, dieta saludable y dejar de fumar.
Calor	La evidencia moderada indica que la envoltura térmica puede reducir el dolor y la discapacidad en pacientes con dolor.
Masaje	Efecto de pequeño a moderado sobre el dolor y la función
Acupuntura	Opción razonable para los pacientes que tienen acceso
Manipulación lumbar (forma de terapia manual realizada por fisioterapeutas que implica el movimiento de una articulación cerca del final del rango de movimiento clínico)	Mejoría moderada en el dolor y la función

PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

→ TABLA 9

MEDICAMENTOS PARA EL MANEJO DEL LUMBAGO ^{6,12,13,17,18-22}			
Medicación y dosis única	Efectos adversos	Interacciones farmacológicas	Observaciones
LUMBAGO AGUDO Y SUBAGUDO			
AINEs Ibuprofeno Naproxeno Diclofenaco	Aumento del riesgo de hemorragia gastrointestinal (mayor en pacientes de edad avanzada) Riesgo de disfunción renal en pacientes de edad avanzada	Puede empeorar la presión arterial en los pacientes con hipertensión.	Ayuda a reducir o aliviar los síntomas, incluyendo dolor y mejorar la función física. Considerar la toxicidad gastrointestinal, hepática y cardiorrenal, y los factores de riesgo de la persona, incluyendo la edad Se recomienda tomar la dosis más baja durante el menor tiempo posible.
Acetaminofén	La sobredosis puede causar toxicidad hepática. Dosis más bajas en pacientes con múltiples medicamentos y en pacientes con otros factores que los predisponen a la hepatotoxicidad (por ejemplo, abuso de alcohol).	El consumo crónico de alcohol aumenta el riesgo de hepatotoxicidad. Se ha notificado que el acetaminofén aumenta el INR en pacientes tratados con warfarina.	Alternativa adecuada para pacientes que no pueden tomar AINEs (debido a alergia u otra intolerancia, enfermedad renal crónica, hipertensión, úlcera péptica o enfermedad cardiovascular)

PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

→ TABLA 9 CONTINUACIÓN

LUMBAGO CRÓNICO			
AINEs: igual que el tratamiento del dolor agudo			
Relajantes del músculo esquelético Ciclobenzaprina Tizanidina	Mayor riesgo de cualquier evento adverso y de eventos adversos del sistema nervioso central (principalmente mareos, somnolencia, sedación)	La ciclobenzaprina puede tener una interacción significativa con antidepresivos, sedantes y medicamentos anticolinérgicos como la difenhidramina. La tizanidina puede interactuar con la ciprofloxacina, fluvoxamina y píldoras anticonceptivas, benzodiazepinas, opioides y alcohol. (Las interacciones pueden causar un empeoramiento de los efectos adversos como somnolencia, mareos, etc.).	Cuando se necesite un relajante del músculo esquelético, se recomienda asegurar la dosis eficaz más baja y la frecuencia de administración. El paciente puede comenzar con una dosis de pie durante las primeras 1 o 2 semanas de tratamiento y luego disminuir la dosis y la frecuencia de administración según la tolerancia. Informar a los pacientes sobre su potencial para causar somnolencia
Tramadol	Asociado con el riesgo de uso prolongado y abuso. Puede causar efectos adversos neurológicos (agitación, ansiedad, visión borrosa, confusión, mareos, somnolencia, etc.)	La eritromicina aumenta y la rifampicina disminuye los efectos de los opioides. La carbamazepina, la fenitoína y los barbitúricos pueden mejorar el metabolismo de los opioides.	Se recomienda reducir la dosis eficaz de opioides de liberación inmediata al mínimo durante el periodo más breve posible. La duración del tratamiento se limita a ≤7 días.
Duloxetina [Inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN)]	Efectos adversos: náuseas y estreñimiento	Puede aumentar el riesgo de hemorragia con el uso concomitante de ibuprofeno, aspirina, warfarina y otros anticoagulantes.	La duloxetina se prefiere al tramadol en pacientes para quienes existe una preocupación sobre la posibilidad de abuso o mal uso de drogas.
* Los analgésicos opioides "débiles" (codeína, dihidrocodeína y tramadol) (con o sin acetaminofén) son recomendados por las directrices NICE para el tratamiento del lumbago agudo solo si un AINEs está contraindicado, no se tolera o ha sido ineficaz.²²			

REFERENCIAS

1. Casazza BA. Diagnosis and treatment of acute low back pain. Am Fam Physician. 2012 Feb 15;85(4):343-50.
2. Della-Giustina D. Acute low back pain: recognizing the “red flags” in the workup. Volumen 53 - Número 6 - Junio de 2013
3. Verhagen AP, et al. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. Eur Spine J. 2016 Sep;25(9):2788-802. doi: 10.1007/s00586-016-4684-0.
4. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. Back Pain. Disponible en <https://www.niams.nih.gov/health-topics/back-pain>. Consultado el 16 de enero de 2024.
5. World Health Organization. Low Back Pain. 19 de junio de 2023. Disponible en Doi [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain#:~:text=Low%20back%20pain%20\(LBP\)%20has,LBP%2C%20including%20children%20and%20adolescents](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain#:~:text=Low%20back%20pain%20(LBP)%20has,LBP%2C%20including%20children%20and%20adolescents). Consultado el 16 de enero de 2024.
6. Oliveira CB, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J. 2018 Nov;27(11):2791-2803. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2.
7. Moore N, Pollack C, Butkerait P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. Ther Clin Risk Manag. 2015 Jul 15; 11:1061-75
8. John Alchin, Arti Dhar, Kamran Siddiqui & Paul J. Christo (2022) Why paracetamol (acetaminophen) is a suitable first choice for treating mild to moderate acute pain in adults with liver, kidney or cardiovascular disease, gastrointestinal disorders, asthma, or who are older, Current Medical Research and Opinion, 38:5, 811-825, DOI: 10.1080/03007995.2022.2049551
9. Meunier L, Larrey D. Recent Advances in Hepatotoxicity of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs. Ann Hepatol. 2018 Mar 1;17(2):187-191.
10. McEvoy L, Carr DF, Pirmohamed M. Pharmacogenomics of NSAID-Induced Upper Gastrointestinal Toxicity. Front Pharmacol. 2021 Jun 21;11(12):684162.
11. Ghlichloo I, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) [Actualizado el 1 de mayo de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 ene. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547742/>. Consultado en diciembre de 2023
12. Derek Gyllenhammer et al. The Community Pharmacist’s Role in Managing Lower Back Pain. US Pharm. 2017;42(8):35-38.
13. Quaseem et al. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017 Apr 4;166(7):514-530. doi: 10.7326/M16-2367

REFERENCIAS CONTINÚA

→ REFERENCIAS CONTINUACIÓN

14. Vostinaru O. Adverse Effects and Drug Interactions of the Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs [Internet]. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. InTech; 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.68198>. Consultado en diciembre de 2023.
15. Agrawal S, Khazaeni B. Acetaminophen Toxicity. [Actualizado el 9 de junio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 ene. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441917/>.
16. Corp N, et al. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. Eur J Pain. 2021 Feb;25(2):275-295. doi: 10.1002/ejp.1679.
17. Mena Alrais Dellarocca. Evidence-Based Management of Nonspecific Low Back Pain in Adults. Marzo de 2021. Continuing Education for Pharmacists & Pharmacy Technician. Disponible en <https://journalce.powerpak.com/ce/evidence-based-management-of-nonspecific>. Consultado el 17 de enero de 2024.
18. Baroncini A, et al. Nonopioid pharmacological management of acute low back pain: A level I of evidence systematic review. J Orthop Res. 2023 Aug;41(8):1781-1791. doi: 10.1002/ejp.1679.
19. Koes B, Schreijenbergh M, Tkachev A. Paracetamol for low back pain: the state of the research field. Expert Rev Clin Pharmacol. 2020 Sep;13(9):1059-1066. doi: 10.1080/17512433.2020.1817738.
20. Cyclobenzaprine HCL- Interactions. Disponible en <https://www.webmd.com/drugs/2/drug-8888-8087/cyclobenzaprine-oral/cyclobenzaprine-oral/details>. Consultado el 16 de enero de 2024.
21. Tizanidine HCL- Interactions. Disponible en <https://www.webmd.com/drugs/2/drug-1024/tizanidine-oral/details>. Consultado el 16 de enero de 2024.
22. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management NICE guideline [NG59] Publicado: 30 noviembre 2016 Última actualización: 1 diciembre 2020