

**CARTAS AL DIRECTOR****Nuevas directrices del ACP para el dolor lumbar no radicular**

DOI: 10.20986/resed.2017.3590/2017

Sr. Director:

El Colegio Americano de Médicos (*American College of Physicians* [ACP]) ha publicado recientemente en la revista *Annals of Internal Medicine* unas directrices actualizadas para el tratamiento no invasivo del dolor lumbar subagudo, agudo y crónico no radicular para Atención Primaria (1).

El dolor lumbar es un problema de salud muy frecuente y la causa principal de discapacidad en todo el mundo (2).

El dolor lumbar agudo generalmente dura menos de 4 semanas y, por lo general, se resuelve por sí solo. El dolor lumbar subagudo se define como una duración de 4 a 12 semanas, mientras que el dolor lumbar crónico dura más de 12 semanas. Hasta el 30 % de los pacientes reportan dolor lumbar persistente hasta un año después de experimentar un episodio agudo. Uno de cada cinco reportan limitaciones sustanciales en su actividad (3).

Para desarrollar la guía, el ACP revisó los ensayos clínicos controlados aleatorizados y revisiones sistemáticas de los estudios de evaluación de tratamiento no invasivo, terapias no farmacológicas y tratamientos farmacológicos para el dolor lumbar en adultos. Para ser incluidos, los estudios tuvieron que publicarse en inglés entre enero de 2008 y noviembre de 2016. Los autores identificaron estudios anteriores que utilizaban las revisiones sistemáticas del ACP y de la Sociedad Americana del Dolor (*American Pain Society*) de 2007. Las directrices y los exámenes de las pruebas también se sometieron a revisión por pares y a un periodo de comentarios públicos (1).

Aunque ninguna terapia fue claramente mejor que otra, nuevas pruebas apoyan el *mindfulness*-técnicas basadas en la reducción del estrés y el tai chi en el dolor lumbar crónico, y la acupuntura en el dolor lumbar agudo. Además, nuevas investigaciones sugieren la falta de beneficio del paracetamol en el dolor lumbar agudo y apoyan el uso de duloxetina en el dolor lumbar crónico. Por el contrario, los antidepresivos tricíclicos parecen no ser mejores que el placebo en este contexto (1).

El ACP realizó las siguientes recomendaciones fuertes (1):

- La mayoría de los pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo mejoran con el tiempo, independientemente del tratamiento, y pueden evitar tratamientos y pruebas potencialmente dañinas y costosas. La terapia de primera línea debe incluir el tratamiento no farmacológico, como calor superficial (evidencia de calidad moderada), masaje, acupuntura o manipulación espinal (evidencia de baja calidad). Cuando las terapias no farmacológicas fallan, se deben considerar los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o los relajantes musculares (evidencia de calidad moderada).
- Para el dolor lumbar crónico considerar las terapias no farmacológicas, como el ejercicio, la rehabilitación

multidisciplinaria, la acupuntura, *mindfulness*-técnicas basadas en la reducción del estrés (evidencia de calidad moderada), el tai chi, el yoga, el ejercicio de control motor, la relajación progresiva, la biorretroalimentación electromiográfica, terapia con láser de baja intensidad, terapia operante, terapia cognitivo-conductual o manipulación espinal (evidencia de baja calidad).

- Para el dolor lumbar crónico que no responde al tratamiento no farmacológico considerar los AINE como terapia de primera línea. Para la segunda línea considerar tramadol o duloxetina. Considerar los opioides solo en pacientes en quienes la terapia de primera y segunda línea ha fracasado, y solo después de una discusión completa de los riesgos y beneficios potenciales.

Las recomendaciones hacen hincapié en que los médicos debemos tranquilizar a los pacientes, que el dolor de espalda agudo y subagudo por lo general se resuelve por sí solo, y debemos proporcionar a los pacientes información relevante para el autocuidado (1).

Esta guía no aborda los medicamentos tópicos, las inyecciones epidurales o los AINE selectivos de la ciclooxigenasa-2.

En conclusión, estas nuevas directrices hacen énfasis en la importancia del tratamiento conservador. La terapia de primera línea debería incorporar terapias no farmacológicas. Así, los AINE o los relajantes musculares deberían ser considerados cuando el tratamiento no farmacológico falla. Las directrices desalientan fuertemente el uso de opioides.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017;166(7):514-30. DOI: 10.7326/M16-2367.
2. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859):2163-96. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2.
3. Von Korff M, Saunders K. The course of back pain in primary care. *Spine (Phila Pa 1976)* 1996;21(24):2833-7.

A. Alcántara Montero, A. González Curado
Unidad del Dolor Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena. Don Benito, Badajoz

Correspondencia: Antonio Alcántara Montero
a.alcantara.montero@hotmail.com