

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LUMBALGIA

GUÍA EN VERSIÓN EXTENSA

GPC N°2

Diciembre 2016

SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD

Gabriel del Castillo Mory

Presidente Ejecutivo, EsSalud

Manuel De la Flor Matos

Gerente General, EsSalud

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN

Víctor Dongo Zegarra

Director del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Patricia Pimentel Álvarez

Asesora de la Dirección del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Fabián Fiestas Saldarriaga

Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Lely Solari Zerpa

Gerente de la Dirección de Investigación en Salud

Víctor Suarez Moreno

Gerente de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Raúl Timaná Ruiz

Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Grupo elaborador

- Víctor Suárez Moreno, IETSI
- Raúl Timaná Ruiz, IETSI
- Ricardo Carpio Guzmán, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
- José Chávez Corrales, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
- Nives Santayana Calizaya, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
- Jaime Collins Camones, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud
- Jesús Robles Recalde, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud
- Adrián V. Hernández, Consultor Metodológico
- Alejandro Piscoya Rivera, Consultor Metodológico

Revisión

- Prof. Eduardo Collantes-Estévez, Profesor de Medicina de la Universidad de Córdoba, Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Reina Sofía”, Córdoba, España.

Conflicto de intereses

Los responsables de la elaboración del presente documento declaran no tener ningún conflicto de interés con relación a los temas descritos en el presente documento.

Financiamiento

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud, de Perú.

Guía de Práctica Clínica

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Citación

Este documento debe ser citado como: IETSI. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Lumbalgia. Guía en Versión Extensa. GPC N°2. Perú, Diciembre 2016.

Agradecimientos

Sra. Rosario Torres Salas

Datos de contacto

Victor Suárez Moreno. Correo electrónico: victor.suarezm@essalud.gob.pe. Teléfono: +511-2656000, Anexo 2349

Tabla de contenido

I. Generalidades	7
- Presentación del problema y fundamentos para la realización de la Guía.....	7
- Conformación del Grupo Elaborador de la Guía (GEG).....	7
- Siglas y acrónimos	8
- Declaración de conflictos de interés	9
- Antecedentes	9
II. Métodos	9
- Alcance y objetivos de la GPC	9
- Ámbito asistencial	10
- Formulación de las preguntas	10
- Identificación de desenlaces	13
- Búsqueda de la evidencia.....	13
- Evaluación de la Calidad Metodológica de las Guías de Práctica Clínica identificadas .	18
- Construcción de la matriz general Pregunta-Recomendación.....	18
- Evaluación de la estrategia de búsqueda y criterios de selección	18
- Revisión y síntesis de la evidencia identificada.....	18
- Graduación de la evidencia	20
- Formulación de las recomendaciones.....	20
- Validación de la Guía de Práctica Clínica.....	21
- Revisión Externa.....	23
III. Resumen de la GPC	24
- Flujogramas de manejo del problema	24
- Lista completa de recomendaciones.....	26
IV. Desarrollo de las Preguntas y Recomendaciones Basadas en la Evidencia	28
- Factores de riesgo y Prevención	28
- Diagnóstico.....	28
- Tratamiento y Rehabilitación	33
- Seguimiento y monitoreo del paciente.....	44
V. Plan para la actualización de la GPC	44
VI. Plan para evaluación y monitoreo de la GPC	44
VII. Referencias	45
VIII. Glosario	52
IX. Anexos	53

**Recomendaciones claves
para el Diagnóstico y Tratamiento de Lumbalgia**

Recomendaciones	Fuerza y dirección de la recomendación
Criterios clínicos y de laboratorio para el diagnóstico de lumbalgia	
<p>Se define lumbalgia como dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior glúteo, con o sin irradiación a una o ambas extremidades inferiores, sin que ésta deba ser considerada de origen radicular.</p> <p>Según el tiempo de duración del dolor, la lumbalgia se clasifica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aguda: dolor de menos de 6 semanas. - Subaguda: dolor de 6-12 semanas. - Crónica: más de 12 semanas con dolor. - Recurrente: lumbalgia aguda en paciente que ha tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con períodos libres de síntomas de tres meses. 	Recomendación condicional a favor
<p>Los signos de alarma en la lumbalgia son: edad mayor a 50 años, antecedentes de neoplasia, síndrome consuntivo sin mejoría con tratamientos habituales, dolor en reposo, fiebre, inmunosupresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de corticoides y síndrome de cauda equina.</p>	Recomendación condicional a favor
<p>No se sugiere la realización de pruebas de laboratorio o imagen (radiografía, tomografía, resonancia) en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo sin signos de alarma.</p>	Recomendación condicional en contra
Tratamiento no farmacológico	
<p>No se sugiere reposo en cama en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo.</p>	Recomendación condicional en contra
<p>Se sugiere en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo continuar con la actividad física y mantener las actividades de la vida diaria, incluyendo la actividad laboral, tanto como sea posible.</p>	Recomendación condicional a favor
<p>No se sugiere implementar programas de escuela de espalda para pacientes con lumbalgia aguda y subaguda.</p>	Recomendación condicional en contra

Recomendaciones	Fuerza y dirección de la recomendación
Recomendamos la terapia manual de manipulación y movilización de tejidos blandos brindada por un médico rehabilitador o terapeuta físico en un servicio de rehabilitación para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda, de acuerdo a disponibilidad del servicio.	Recomendación fuerte a favor
No se sugiere usar los soportes lumbares (fajas o corsés) para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda.	Recomendación condicional en contra
Tratamiento farmacológico	
No recomendamos la utilización de paracetamol - independientemente de la dosis - como monoterapia de primera elección en el tratamiento de la lumbalgia aguda y subaguda.	Recomendación fuerte en contra
Se sugiere AINEs como tratamiento de primera línea de la lumbalgia aguda y subaguda.	Recomendación condicional a favor
Se sugiere agregar un relajante muscular si el dolor lumbar agudo y subagudo persiste tras iniciar el tratamiento con AINE.	Recomendación condicional a favor
Se sugiere el uso de un opiáceo débil (tramadol, codeína) si la lumbalgia aguda y subaguda persiste tras iniciar el tratamiento con AINE y relajante muscular.	Recomendación condicional a favor

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LUMBALGIA**

VERSIÓN EN EXTENSO

I. Generalidades

- **Presentación del problema y fundamentos para la realización de la Guía**

La lumbalgia es un síndrome muy prevalente en la población general, y en algunos casos se convierte en una patología crónica con múltiples limitaciones. La lumbalgia requiere un manejo interdisciplinario y complejo, y la pérdida laboral de horas-hombre es alta. Debido a estas consideraciones, el Sistema de Salud Público Peruano (EsSalud, Ministerio de Salud, Fuerzas Armadas y Policiales) apunta a hacer más eficiente el uso de recursos para el manejo de lumbalgia.

El Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) de EsSalud plantea la realización de una Guía de Práctica Clínica (GPC) peruana para el manejo de lumbalgia, que es una de las condiciones clínicas priorizadas por la institución.

- **Conformación del Grupo Elaborador de la Guía (GEG)**

La Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del IETSI, EsSalud, conformó el GEG para la elaboración de la presente Guía mediante invitaciones a expertos en la metodología de elaboración de GPC y expertos clínicos en Lumbalgia. **(Anexo 1)**

El GEG quedó conformado por los siguientes miembros:

Tabla N° 1: Conformación de Grupo Elaborador de la Guía

Nombre	Institución	Profesión/Cargo	Conformación del GEG
Víctor Suárez Moreno	IETSI, EsSalud	Médico Gerente IETSI	Líder del grupo elaborador
Raúl Timaná Ruiz	IETSI, EsSalud	Médico Gestor en Salud	Coordinador del grupo elaborador
Ricardo Carpio Guzmán	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud	Médico Internista	Experto Clínico
José Chávez Corrales	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud	Médico Reumatólogo	Experto Clínico

Nombre	Institución	Profesión/Cargo	Conformación del GEG
Nives Santayana Calizaya	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud	Médico Rehabilitador	Experto Clínico
Jaime Collins Camones	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud	Médico Internista	Experto Clínico
Jesús Robles Recalde	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud	Médico Traumatólogo	Experto Clínico
Adrián V. Hernández	Consultor IETSI, EsSalud	Médico Epidemiólogo Clínico	Experto Metodólogo
Alejandro Piscoya Rivera	Consultor IETSI, EsSalud	Médico Gastroenterólogo	Experto Metodólogo

Los roles en el GEG son los siguientes:

Tabla N° 2: Roles de los miembros del Grupo Elaborador de Guías

Nombre	Rol en el GEG
Víctor Suárez Moreno Raúl Timaná Ruiz	Planificación del desarrollo de la Guía, colaboración en la formulación de recomendaciones, evaluación de aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones y colaboración en la redacción del borrador de GPC
Ricardo Carpio Guzmán José Chávez Corrales Nives Santayana Calizaya Jaime Collins Camones Jesús Robles Recalde	Formulación de preguntas clínicas de la GPC, formulación de recomendaciones, evaluación de aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones y colaboración en la redacción del borrador de GPC.
Adrián V. Hernández Alejandro Piscoya Rivera	Búsqueda y evaluación de las GPC existentes, actualización de la búsqueda y elaboración de nueva estrategia de búsqueda por pregunta clínica, colaboró en la Formulación de recomendaciones, colaboró en la Evaluación de aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones y redacción del borrador de la GPC.

• **Siglas y acrónimos**

- **ACP** – American College of Physicians.
- **AGREE** - Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (Valoración de Guías para Investigación y Evaluación).
- **EMBASE** - Excerpta Medica dataBASE.

- **GEG** – Grupo Elaborador de la GPC.
- **GIN** – Guidelines International Network (Red de Guías Internacionales).
- **GRADE**- Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Clasificación de la Valoración, Desarrollo y Evaluación de Recomendaciones).
- **GPC** - Guía de Práctica Clínica.
- **IETSI**- Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación.
- **MINSA** – Ministerio de Salud del Perú.
- **NICE** – National Institute for Health and Care Excellence (Instituto Nacional para la Excelencia en Salud del Reino Unido).
- **PICO** – Population, Intervention, Comparator, Outcome (Población, Intervención, Comparador, Desenlace).
- **PUBMED** – Public Library of Medicine (Biblioteca Pública de Medicina de EEUU).
- **ECA** – Ensayo controlado aleatorizado.
- **SIGN** – Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Red de Guías entre Colegios Escoceses).

- **Declaración de conflictos de interés**

Todos los integrantes del GEG firmaron una declaración de conflictos de interés, que consta en el **Anexo 2**.

- **Antecedentes**

En el Perú se cuenta con una Guía de Práctica Clínica de Lumbalgia del Hospital 2 de Mayo, que fue publicada el 2010 (7); se trata de un documento elaborado a manera de revisión narrativa. Dado que el 2015 se publicó la nueva Guía para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica del MINSA (5), que establece una nueva forma para elaborar, adaptar o adoptar una Guía, se hace necesario contar con una nueva Guía que cumpla los criterios actuales de calidad metodológica.

II. Métodos

- **Alcance y objetivos de la GPC**

La presente Guía es aplicable a los pacientes adultos con lumbalgia inespecífica aguda y subaguda. La Guía aborda el diagnóstico y tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Los objetivos de la Guía son:

- Contribuir a mejorar la capacidad funcional, y calidad de vida de la persona con lumbalgia aguda y subaguda.
- Optimizar el manejo integral de la persona con lumbalgia mediante recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible y adecuada al contexto nacional.

- **Ámbito asistencial**

La Guía está dirigida a los profesionales de la salud que participan de los equipos multidisciplinares de manejo de pacientes con lumbalgia, incluyendo médicos de atención primaria, internistas, reumatólogos, traumatólogos, emergencistas, y especialistas en terapia física y rehabilitación en todos los niveles de atención de EsSalud.

- **Formulación de las preguntas**

Se elaboraron preguntas PICO (Población, Intervención, Comparador, Desenlace) conjuntamente con los expertos clínicos.

El GEG desarrolló once (11) preguntas clínicas:

Tabla N° 3: Preguntas Clínicas para la Guía

N°	Preguntas
Pregunta 1	¿Cuál es el diagnóstico y la clasificación de lumbalgia?
Pregunta 2	¿Cuáles son los criterios (signos de alarma) para derivar a atención especializada al paciente adulto con lumbalgia?
Pregunta 3	¿Cuáles son los estudios de laboratorio e imagen que deben solicitarse ante un paciente adulto con lumbalgia aguda?
Pregunta 4	¿Es eficaz el reposo en cama como tratamiento de lumbalgia? (considerar la clasificación)
Pregunta 5	¿Es eficaz el estar activo como tratamiento de lumbalgia?
Pregunta 6	¿Es eficaz la escuela de espalda y/o la terapia manual como tratamiento de lumbalgia?
Pregunta 7	¿Son las fajas/corsés eficaces en el tratamiento de lumbalgia aguda inespecífica?
Pregunta 8	¿Es eficaz el paracetamol en el tratamiento de lumbalgia?
Pregunta 9	¿Es eficaz el AINE en el tratamiento de lumbalgia?
Pregunta 10	¿Es eficaz el relajante muscular en el tratamiento de lumbalgia?
Pregunta 11	¿Es eficaz el opiáceo en el tratamiento de lumbalgia?

Una vez elaborada la lista de preguntas, se procedió a colocarlas en el formato PICO, de la siguiente manera:

Tabla N° 4: Preguntas en Formato PICO

Diagnóstico		
Pregunta 1	¿Cuál es el diagnóstico y la clasificación de lumbalgia?	
Paciente/Problema	Intervención/ Comparación	Desenlaces
Persona con dolor lumbar	Criterios Clínicos - Métodos Diagnósticos - Severidad	Sensibilidad/ Especificidad/ Valores predictivos/ coeficientes de probabilidad

Pregunta 2	¿Cuáles son los criterios (signos de alarma) para derivar a atención especializada al paciente adulto con lumbalgia?	
Paciente/Problema	Intervención/ Comparación	Desenlaces
Persona con dolor lumbar	Criterios Clínicos - Métodos Diagnósticos	Sensibilidad/ Especificidad/Valores predictivos/coeficientes de probabilidad

Pregunta 3	¿Cuáles son los estudios de laboratorio e imagen que deben solicitarse ante un paciente adulto con lumbalgia aguda?	
Paciente/Problema	Intervención/ Comparación	Desenlaces
Persona con dolor lumbar	Criterios Clínicos - Métodos Diagnósticos	Sensibilidad/ Especificidad/Valores predictivos/coeficientes de probabilidad

Tratamiento no farmacológico		
Pregunta 4	¿Es eficaz el reposo en cama como tratamiento de lumbalgia? (considerar la clasificación)	
Paciente/Problema	Intervención/ Comparación	Desenlaces
Persona con dolor lumbar	Reposo en cama/cuidados habituales	Dolor/Discapacidad temporal/Uso de medicación

Pregunta 5	¿Es eficaz el estar activo como tratamiento de lumbalgia?	
Paciente/Problema	Intervención/ Comparación	Desenlaces
Persona con dolor lumbar	Actividad/cuidados habituales	Dolor/Discapacidad temporal/Uso de medicación

Pregunta 6	¿Es eficaz la escuela de espalda y/o la terapia manual como tratamiento de lumbalgia?	
Paciente/Problema	Intervención/ Comparación	Desenlaces
Persona con dolor lumbar	Escuela de la Espalda/cuidados habituales/terapia manual	Dolor/Discapacidad temporal/Uso de medicación

Pregunta 7	¿Son las fajas/corsés eficaces en el tratamiento de lumbalgia aguda inespecífica?	
Paciente/Problema	Intervención/ Comparación	Desenlaces
Persona con dolor lumbar	Faja/ Corsé/cuidados habituales	Dolor/Discapacidad temporal/Uso de medicación

Tratamiento farmacológico		
Pregunta 8	¿Es eficaz el paracetamol en el tratamiento de lumbalgia?	
Paciente/Problema	Intervención/ Comparación	Desenlaces
Persona con dolor lumbar	Paracetamol/cuidados habituales	Dolor/Discapacidad temporal/Uso de medicación

Pregunta 9	¿Es eficaz el AINE en el tratamiento de lumbalgia?	
Paciente/Problema	Intervención/ Comparación	Desenlaces
Persona con dolor lumbar	AINE/Paracetamol	Dolor/Discapacidad temporal/Uso de medicación

Pregunta 10	¿Es eficaz el relajante muscular en el tratamiento de lumbalgia?	
Paciente/Problema	Intervención/ Comparación	Desenlaces
Persona con dolor lumbar	Relajante muscular/ AINE/ Paracetamol	Dolor/Discapacidad temporal/Uso de medicación

Pregunta 11	¿Es eficaz el opiáceo en el tratamiento de lumbalgia?	
Paciente/Problema	Intervención/ Comparación	Desenlaces
Persona con dolor lumbar	Opiáceo/Relajante muscular/ AINE/ Paracetamol	Dolor/Discapacidad temporal/Uso de medicación

- **Identificación de desenlaces**

Los desenlaces se establecieron de acuerdo a la revisión de la literatura y con la opinión de los expertos clínicos. Para las preguntas de diagnóstico se utilizaron desenlaces estándar: sensibilidad, especificidad, valores predictivos y coeficientes de sensibilidad. Para los tratamientos y la profilaxis se utilizaron dolor, discapacidad temporal y uso de medicación.

- **Búsqueda de Evidencia**

Búsqueda de Guías de Práctica Clínica

Para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica se estableció una secuencia estandarizada a partir del ámbito y objetivo de la Guía. Se utilizaron los términos “low back pain” y “non-specific low back pain” en los siguientes buscadores de Guías de Práctica Clínica:

- Tripdatabase
- National Guideline Clearinghouse
- New Zealand Clinical Guidelines Group
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- National Institute for Health Care Excellence (NICE)

Como segundo paso, se hicieron búsquedas en Google y Google Scholar con los términos “low back pain” y “clinical practice guidelines”. Como tercer paso, se realizaron búsquedas usando los mismos términos en las páginas de la Guidelines International Network (GIN), Clinical Practice Guidelines of the American College of Physicians (ACP), Pubmed-medline, EMBASE, Scopus, the Web of Science y la biblioteca Cochrane. Finalmente, como cuarto paso, los expertos clínicos del grupo fueron consultados acerca de GPC no publicadas.

Siguiendo los 4 pasos encontramos 34 GPC de lumbalgia. Cuatro de ellas (una de ellas publicada en dos documentos) solamente se enfocaron en lumbalgia crónica y fueron excluidas (10-13). De las 30 GPC restantes (7-36), 07 tuvieron una antigüedad mayor a 10 años (7-13) y 23 fueron publicadas en los últimos 10 años (1-4 y 14-37).

Evaluación preliminar de las Guías de Práctica Clínica

La rigurosidad de las 30 GPC fue muy heterogénea. Las Guías NICE 2009 (1), APS 2009 (22), ICSI 2012 (2), Alemania 2010 (3), México 2009 (30), y País Vasco 2007 (4) cumplieron con la mayoría de los criterios de rigurosidad, tales como búsqueda de información en múltiples bases de datos, replicabilidad de búsqueda de evidencia primaria, descripción del proceso de desarrollo de la Guía, información de conformación de grupo de autores, y recomendaciones basadas en la evidencia encontrada.

Las 23 GPC publicadas desde el 2006 fueron escogidas en esta evaluación preliminar. Todas las 23 GPC se enfocaban en la evaluación de lumbalgia aguda. Todas las Guías evaluaron la clasificación de lumbalgia y la mayoría contempló la evaluación preliminar del paciente con lumbalgia aguda. La mayoría evaluó el tratamiento no farmacológico de lumbalgia aguda, con excepción de APS 2009 (22).

Tabla N° 5: Guías de Práctica Clínica preseleccionadas

Nombre	Fecha	País	Institución	Población	Enfoque
Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain.	2009	UK	NICE	Lumbalgia subaguda y persistente	Acciones de tratamiento
Adult Acute and Subacute Low Back Pain	2012	USA	ICSI	Lumbalgia aguda y subaguda	Acciones de diagnóstico y tratamiento
Nationale Versorgungs Leitlinie Kreuzschmerz – Kurzfassung	2010	Alemania	Bundesärztekammer (BÄK)	Lumbalgia aguda, subaguda y crónica	Acciones de diagnóstico y tratamiento
Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia	2007	España	Osakidetza	Lumbalgia aguda, subaguda y crónica	Acciones de diagnóstico y tratamiento
Update der evidenz- und konsensusbasierten österreichischen Leitlinien für das Management akuter und chronischer unspezifischer Kreuzschmerzen	2011	Austria	Leitlinienarbeitsgruppe	Lumbalgia aguda y crónica	Acciones de diagnóstico y tratamiento
Diagnosis and Treatment of Low Back Pain	2007	USA	ACP - APS	Lumbalgia aguda, subaguda y crónica	Acciones de diagnóstico y tratamiento

Nombre	Fecha	País	Institución	Población	Enfoque
Interventional Therapies, Surgery, and Interdisciplinary Rehabilitation for Low Back Pain	2009	USA	APS	Lumbalgia subaguda y crónica	Acciones de diagnóstico y tratamiento
Low Back Pain Clinical Practice Guidelines	2012	USA	APTA	Lumbalgia aguda, subaguda y crónica	Acciones de diagnóstico y tratamiento
Parámetros de práctica para el manejo de dolor de espalda baja	2011	México	Grupo de Consenso	Lumbalgia aguda, subaguda y crónica	Acciones de diagnóstico y tratamiento
Low back pain Clinical Treatment Guidelines	2014	USA	Department of Labor and Employment, State of Colorado	Lumbalgia aguda, subaguda y crónica	Acciones de diagnóstico y tratamiento
Guidelines for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain	2011	Canadá	Alberta Institute of Health Economics	Lumbalgia aguda, subaguda y crónica	Acciones de diagnóstico y tratamiento
Guidelines for Clinical Care Ambulatory: Acute Low Back Pain	2013	USA	University of Michigan Low Back Pain Guideline Team	Lumbalgia aguda	Acciones de diagnóstico y tratamiento
Dutch Physiotherapy Guidelines for Low Back Pain	2013	Holanda	Royal Dutch Society for Physiotherapy	Lumbalgia aguda y subaguda	Acciones de diagnóstico y tratamiento

Nombre	Fecha	País	Institución	Población	Enfoque
Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención	2009	México	Secretaría de Salud	Lumbalgia aguda, subaguda y crónica	Acciones de diagnóstico, prevención y tratamiento
Manejo de rehabilitación del dolor musculo esquelético agudo y crónico: Lumbalgia	2010	Peru	EsSalud	Lumbalgia aguda y crónica	Acciones de diagnóstico y tratamiento
Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients	2006	Italia	Lumbalgia aguda y crónica Acciones de diagnóstico	Lumbalgia aguda y subaguda	Acciones de diagnóstico y tratamiento
Protocolo de Referencia-Contrarreferencia Patología de Columna Lumbar	2011	Chile	Servicio de Salud Araucania Sur	Lumbalgia aguda y crónica	Acciones de diagnóstico
French good practice guidelines for medical and occupational surveillance of the low back pain risk among workers exposed to manual handling of loads	2015	Francia	French Society of Occupational Medicine	Lumbalgia aguda y crónica	Acciones de diagnóstico y tratamiento
Protocolo Lumbago	2011	Chile	Servicio de Salud Aconcagua	Lumbalgia aguda y crónica	Acciones de diagnóstico
Protocolo de Referencia y Contrarreferencia de Lumbago	2011	Chile	Subred Victoria	Lumbalgia aguda	Acciones de diagnóstico

Nombre	Fecha	País	Institución	Población	Enfoque
Clinic on low back pain in interdisciplinary practice (CLIP) guidelines	2007	Canadá	Direction de Santé Publique, Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montreal.	Lumbalgia aguda y subaguda	Acciones de diagnóstico y tratamiento
Protocolos de Referencia y Contrarreferencia O'Higgins: Lumbago	2011	Chile	Servicio de Salud O'Higgins	Lumbalgia aguda, subaguda y crónica	Acciones de diagnóstico y tratamiento
European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care	2006	Varios	COST B13 Working Group	Lumbalgia aguda	Acciones de diagnóstico y tratamiento

- **Evaluación de la Calidad Metodológica de las Guías de Práctica Clínica identificadas**

Los dos consultores procedieron a evaluar las GPC escogidas en forma independiente utilizando el instrumento AGREE-II (<http://www.agreetrust.org/agree-ii/>). Posteriormente, ambos consultores discutieron los ítems de AGREE-II con diferencias mayores a 2 puntos en cada GPC para llegar a un consenso, y un tercer investigador participó cuando no hubo acuerdo.

Sólo aquellas GPC con puntaje aprobatorio (evaluación global de la calidad mayor de 60% según el AGREE II) fueron incluidas en el proceso de adaptación cumpliendo además con:

- Puntuación mayor del 60% en el dominio 1 alcance y objetivos, según el Instrumento AGREE II.
- Puntuación mayor del 60% en el dominio 3 rigor metodológico, según el Instrumento AGREE II.

Luego de la discusión final, se calcularon los promedios de los dominios de cada Guía según lo descrito en la normativa del MINSA, y se obtuvo como resultado final que seis Guías alcanzaron más del 60% en el promedio de los dominios: NICE 2009 (1), APS 2009 (22), ICSI 2012 (2), Alemania 2010 (3), México 2009 (30), y País Vasco 2007 (4) (**Anexo 3**).

- **Construcción de la matriz general Pregunta-Recomendación**

Los consultores construyeron la matriz general Pregunta-Recomendación teniendo en cuenta las preguntas clínicas establecidas y las Guías de práctica clínica identificadas. En una tabla se presentan en las filas las preguntas establecidas y en las columnas las Guías identificadas (**Anexo 4**).

- **Evaluación de la estrategia de búsqueda y criterios de selección**

Evaluación de la estrategia de búsqueda por pregunta

Luego de la selección de Guía o Guías de calidad suficiente, se procedió a la evaluación de las estrategias de búsqueda por pregunta. Aquellas preguntas cuyas estrategias de búsqueda fueron juzgadas adecuadas o insuficientes de acuerdo al Anexo 12 de la Guía de GPC del MINSA 2015 (3), fueron escogidas para la actualización de la evidencia. Esta evaluación incluyó información de: planteamiento de la pregunta según estructura PICO, términos de búsqueda, idiomas incluidos, revisión por pares y de manera independiente, y bases de datos utilizadas. Para la actualización de la evidencia se usaron los buscadores Pubmed, EMBASE y biblioteca Cochrane hasta 3 años antes de la publicación de la Guía escogida para la adaptación. La selección de estudios y extracción de información fueron hechas por dos investigadores en forma independiente.

- **Revisión y síntesis de la evidencia identificada**

Actualización de la búsqueda por pregunta

La actualización de las búsquedas se realizó para todas las preguntas pues presentaron estrategias de búsqueda insuficientes en la evaluación (**Anexo 5**). Las estrategias de búsqueda por pregunta están disponibles en el **Anexo 6**.

El número inicial de referencias halladas por pregunta fueron: P1: 732; P2: 77; P3: 1480; P4: 285; P5: 472; P6: 122; P7: 472; P8: 1058; P9: 547; P10: 351; P11:307. Posteriormente, se hizo la selección de referencias en forma independiente por dos revisores, y luego de evaluar las discrepancias, los números finales para evaluación en texto completo fueron: P1: 96; P2: 14; P3: 92; P4: 21; P5: 50; P6: 41; P7: 9, P8: 21; P9: 16; P10: 22; P11:37 (total 419 referencias). Luego de la evaluación independiente de textos completos, los números de referencias finales incluidas en la actualización fueron: P1: 10; P2: 11; P3: 20; P4: 15; P5: 10; P6: 3; P7: 1, P8: 3; P9: 5; P10: 11; P11:2 (total 91 referencias). Las características de los estudios pueden encontrarse en el **Anexo 7**. Hubo un estudio de las preguntas 2, 5 y 9; 2 de las preguntas 3, 4 y 10, a los cuales no tuvimos acceso en texto completo. Intentamos varias fuentes y al no tenerlos, los excluimos de la actualización de la búsqueda.

Evaluación de la calidad de la evidencia

Seguimos la metodología GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) para la evaluación de la calidad de la evidencia. La calidad de la evidencia de la información de los ECAs se basa en 5 puntos: riesgo de sesgo, inconsistencia de los resultados, evidencia no directa, imprecisión y sesgo de publicación (95). Se asume que un ECA tiene una calidad de evidencia alta y que disminuye por cada punto inadecuado a calidad intermedia, baja o muy baja. Los estudios observacionales son de baja calidad y sólo pueden aumentar si es que presentan dos características: si los efectos son grandes y si se observa una clara relación dosis respuesta.

Los ECAs y revisiones sistemáticas fueron evaluados para riesgo de sesgo usando las herramientas riesgo de sesgo de Cochrane (8) y AMSTAR (9), respectivamente. La herramienta Cochrane evalúa los siguientes criterios: 1. Generación de secuencia de aleatorización; 2. Ocultamiento de la asignación; 3. Cegamiento de participantes, personal y evaluadores de desenlaces; 4. Datos de desenlaces incompletos; 5. Reporte selectivo de desenlaces; y, 6. Otras fuentes de sesgo. La herramienta AMSTAR evalúa 11 preguntas relacionadas a: 1. Diseño a priori; 2. Selección de estudios y extracción de información en forma independiente por al menos dos revisores; 3. Búsqueda amplia de literatura; 4. Búsqueda de literatura gris (no publicada, idiomas diferentes del inglés); 5. Provisión de lista de estudios incluidos y excluidos; 6. Presentación de las características de los estudios; 7. Evaluación de calidad de los estudios incluidos; 8. Uso adecuado de la calidad de estudios; 9. Si los métodos para combinar los efectos fueron correctos; 10. Evaluación de sesgo de publicación; y, 11. Declaración de conflicto de intereses.

Evaluación de aceptabilidad y aplicabilidad de recomendaciones

Finalmente, se evaluó la Guía o Guías escogidas para aceptabilidad y aplicabilidad de sus recomendaciones siguiendo el Anexo 13 del Documento Técnico Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica del MINSa (5). Este anexo 13 es el correspondiente a la Herramienta 15 del Instrumento ADAPTE 2009 (6).

Los resultados de la evaluación de aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones de las Guías NICE, ICSI, alemana y País Vasco están disponibles en el **Anexo 8**. En las 9 preguntas de la Guía NICE 2009 que aparecen en la GPC de Lumbalgia Perú 2016 (preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 y 11), las recomendaciones fueron aceptables y aplicables para la mayoría de ítems. Sin embargo, las recomendaciones fueron dudosas para las preguntas 1 y 2 para el ítem de aceptabilidad: el beneficio de la intervención es suficiente comparado con otro manejo disponible. Las recomendaciones fueron adecuadas para todos los ítems de aplicabilidad.

En relación a la Guía ICSI, no hubo respuesta para la pregunta 6; las recomendaciones fueron aceptables en la mayoría de preguntas. Sin embargo, resultó dudosa en la pregunta 1 para el ítem de aceptabilidad: el beneficio de la intervención es suficiente comparado con otro manejo disponible; adicionalmente, en las preguntas 1 y 2, en el ítem de aceptabilidad: El grado de la recomendación se sustenta adecuadamente en la fortaleza de la evidencia y en la magnitud del efecto, no fue aceptable para las preguntas 1 y 2 y resulta dudoso para las demás preguntas.

En relación a la Guía alemana, hubo respuesta para todas las preguntas; las recomendaciones fueron aceptables en la mayoría de preguntas. Sin embargo, resultó dudosa en las preguntas 1 y 2 para el ítem de aceptabilidad: el beneficio de la intervención es suficiente comparado con otro manejo disponible. Adicionalmente, en las preguntas 1 y 2, en el ítem de aceptabilidad: El grado de la recomendación se sustenta adecuadamente en la fortaleza de la evidencia y en la magnitud del efecto, no fue aceptable para las mismas preguntas.

Finalmente, para la Guía del País Vasco, hubo respuesta para todas las preguntas. Las recomendaciones fueron aceptables en la mayoría de preguntas. Sin embargo, resultó dudosa en las preguntas 1 y 2 para el ítem de aceptabilidad: el beneficio de la intervención es suficiente comparado con otro manejo disponible. Adicionalmente en las preguntas 1 y 2, en el ítem de aceptabilidad: El grado de la recomendación se sustenta adecuadamente en la fortaleza de la evidencia y en la magnitud del efecto, no fue aceptable para las mismas preguntas y fue dudoso para las preguntas 3 y 6.

- **Graduación de la evidencia**

A partir de lo encontrado en el **Anexo 6**, confeccionamos las tablas GRADE de resumen de calidad de evidencia que se presentan en el **Anexo 9**.

- **Formulación de las recomendaciones**

Las recomendaciones se formularon en base a las recomendaciones de las Guías que contestaron cada pregunta. Luego fueron evaluadas en reuniones sucesivas por el GEG y modificadas de acuerdo a sus opiniones y a la evidencia proporcionada. Se adicionaron artículos de acuerdo a las diferentes opiniones vertidas y se modificaron cuando hubo evidencia suficiente disponible.

De acuerdo a la metodología GRADE, las recomendaciones de las GPC se basan en la calidad de la evidencia, balance entre efectos deseables e indeseables, costes y uso de recursos, y valores y preferencias de los pacientes (95).

La fuerza de la recomendación es el grado en el que se puede confiar que, aplicando una recomendación, los efectos positivos serán mayores de los negativos. La recomendación es de dos tipos: fuerte y débil (o condicional). Una recomendación es fuerte cuando los efectos deseables de una intervención son claramente mayores que los indeseables o viceversa; una recomendación es condicional cuando el balance entre beneficios y riesgos es incierto. Adicionalmente, se sugiere agregar la dirección de la recomendación, sea a favor o en contra (96).

Tabla N° 6: Significado de recomendaciones según GRADE

Fuerza y dirección de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE RECOMIENDA HACERLO
Condicional a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE SUGIERE HACERLO
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. SE RECOMIENDA NO HACERLO
Condicional en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. SE SUGIERE NO HACERLO
Punto de Buena Práctica	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica del GEG.

- **Validación de la Guía de Práctica Clínica**

Validación con expertos

La metodología utilizada para este propósito fue, en primer lugar, exponer los objetivos y alcances de la Guía, seguido de las preguntas y recomendaciones. En segundo lugar, se procedió a abrir la discusión con preguntas y observaciones de los expertos, las cuales fueron respondidas por el grupo expositor. En tercer lugar, se procedió a sintetizar las observaciones que se consideraron puedan aportar a la Guía.

Los asistentes a la reunión de validación de expertos fueron los siguientes:

Tabla N° 7: Asistentes a la reunión de validación con expertos

Nombre	Institución
Víctor Suárez Moreno	IETSI EsSalud
Raúl Timaná Ruiz	IETSI EsSalud
José Chávez Corrales	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud
Jaime Collins Camones	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud
Jesús Robles Recalde	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud
Beltran Amaro Bravo Chavez	Sociedad Peruana de Salud Ocupacional
Jorge Luis Cusquisiban Aquino	Sociedad Peruana de Salud Ocupacional

Validación con tomadores de decisiones

La metodología utilizada para este propósito fue, en primer lugar, exponer los objetivos y alcances de la Guía, seguido de las preguntas y recomendaciones. En segundo lugar, se procedió a abrir la discusión con preguntas y observaciones de los expertos, las cuales fueron respondidas por el grupo expositor. Se solicitó que los participantes completaran una matriz de aceptabilidad/aplicabilidad. En tercer lugar, se procedió a sintetizar las observaciones que se consideraron puedan aportar a la Guía.

Los asistentes a la reunión de validación con decisores fueron los siguientes:

Tabla N° 8: Asistentes a la reunión de validación con decisores

Nombre	Institución
Víctor Suárez Moreno	IETSI EsSalud
Raúl Timaná Ruiz	IETSI EsSalud
Carlos Zeballos Palacios	Gerencia de Prestaciones Económicas - Subgerencia de Control de la Gestión de la Incapacidad Temporal
Juan Carlos Ortega Ñaccha	Gerencia de Auditoría de Seguros y Verificación - Subgerencia de Auditoría de Seguros
Paola Paredes Rojas	Gerencia Central de Operaciones

Validación con pacientes

La metodología utilizada para este propósito fue, en primer lugar, exponer los objetivos y alcances de la Guía, seguido de las preguntas y recomendaciones. En segundo lugar, se procedió a abrir la discusión con preguntas y observaciones de los expertos, las cuales fueron respondidas por el grupo expositor. En tercer lugar, se procedió a sintetizar las observaciones que se consideraron puedan aportar a la Guía.

Los asistentes a la reunión de validación con pacientes fueron los siguientes:

Tabla N° 9: Asistentes a la reunión de validación con pacientes

Nombre	Institución
Víctor Suárez Moreno	IETSI EsSalud
Raúl Timaná Ruiz	IETSI EsSalud
Nives Santayana Calizaya	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
Mariela Choquehuanca Gonzales	Paciente , Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
Luis Segundino Cardenas Esteban	Paciente , Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
Rodrigo Ronel Flores Grande	Paciente , Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
Gabriel Arcangel Remicio Diaz	Paciente , Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
Acela Margoth Guerra de Acho	Paciente , Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
Raquel Puente de la Vega Carbajal	Paciente , Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud

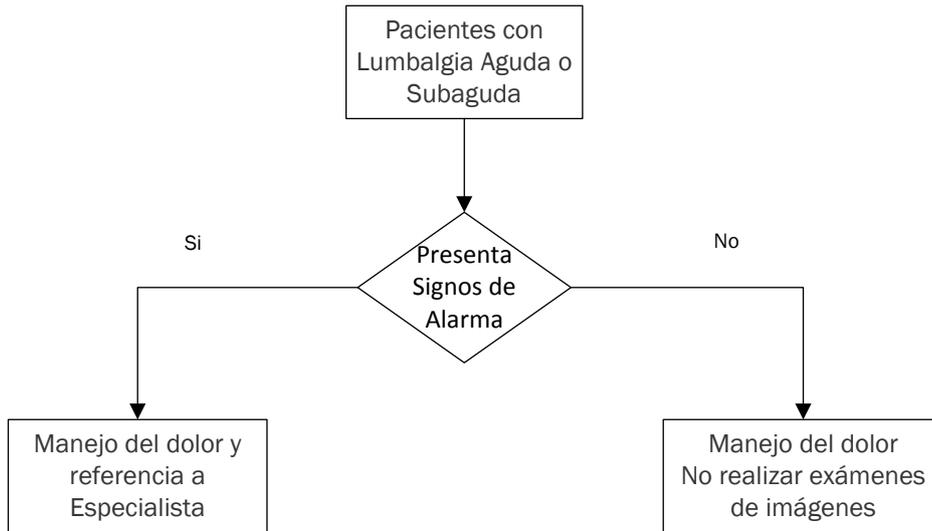
- **Revisión Externa**

El GEG decidió que la revisión externa se llevaría a cabo convocando al Dr. Eduardo Collantes-Estévez, Profesor de Medicina de la Universidad de Córdoba, que es Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Reina Sofía”, Córdoba, España.

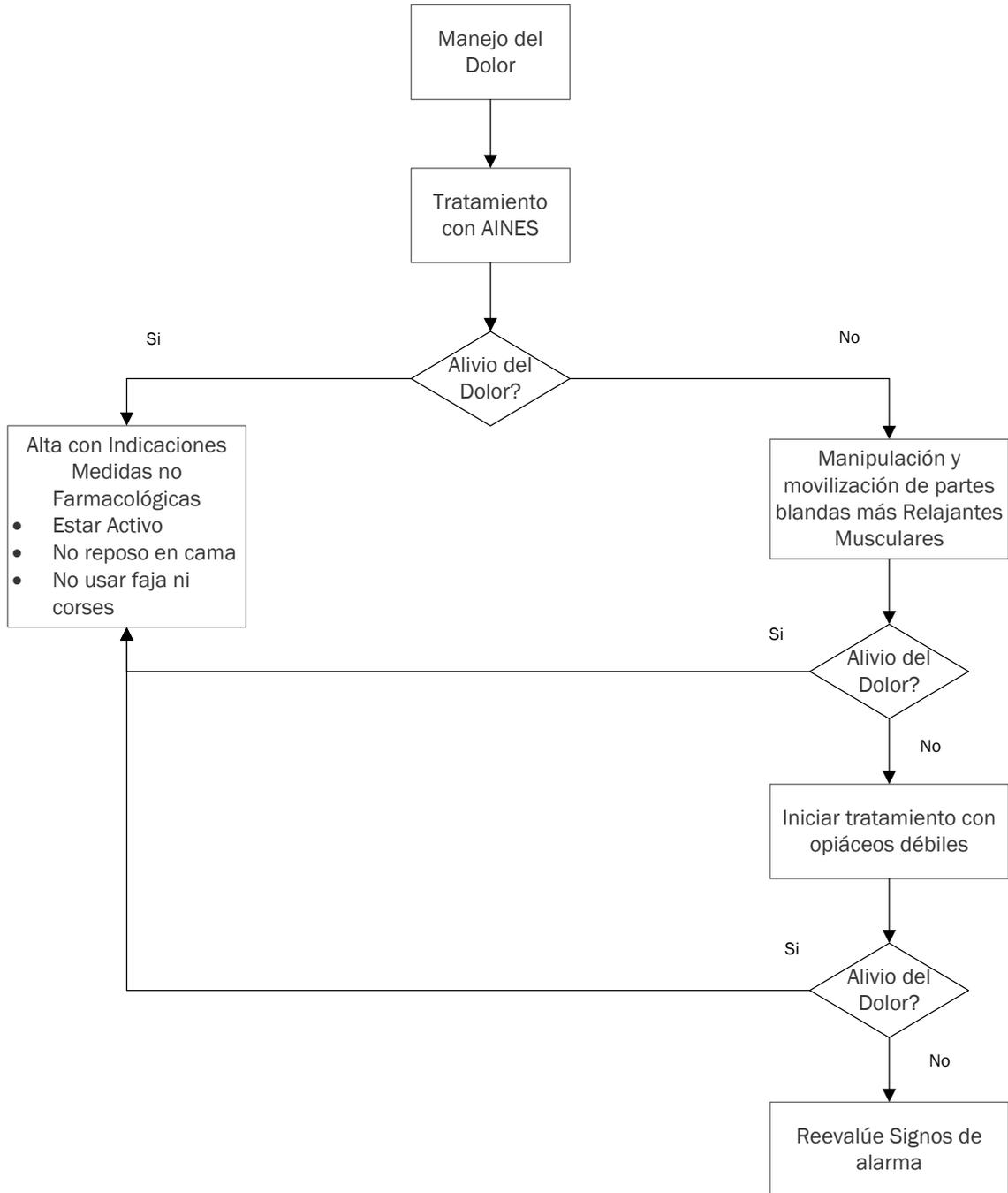
III. Resumen de la GPC

- Flujogramas de manejo del problema

Diagnóstico de paciente con lumbalgia



Tratamiento de paciente con lumbalgia



- **Lista completa de recomendaciones**

Pregunta 1: ¿Cuál es el diagnóstico y la clasificación de lumbalgia?

Se define lumbalgia como dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior glúteo, con o sin irradiación a una o ambas extremidades inferiores, sin que ésta deba ser considerada de origen radicular. **(Recomendación condicional a favor)**

Según el tiempo de duración del dolor, la lumbalgia se clasifica en:

- Aguda: dolor de menos de 6 semanas.
- Subaguda: dolor de 6-12 semanas.
- Crónica: más de 12 semanas con dolor.
- Recurrente: lumbalgia aguda en paciente que ha tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con períodos libres de síntomas de tres meses.

Pregunta 2: ¿Cuáles son los criterios (signos de alarma) para derivar a atención especializada al paciente adulto con Lumbalgia?

Los signos de alarma en la lumbalgia son: edad mayor a 50 años, antecedentes de neoplasia, síndrome constitucional sin mejoría con tratamientos habituales, dolor en reposo, fiebre, inmunodepresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de corticoides y síndrome de cauda equina. **(Recomendación condicional a favor)**

Pregunta 3: ¿Cuáles son los estudios de laboratorio e imagen que deben solicitarse ante un paciente adulto con lumbalgia aguda?

No se sugiere la realización de pruebas de laboratorio o imagen (radiografía, tomografía, resonancia) en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo sin signos de alarma. **(Recomendación condicional en contra)**

Pregunta 4: ¿Es eficaz el reposo en cama como tratamiento de lumbalgia? (considerar la clasificación)

No se sugiere reposo en cama en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo. **(Recomendación condicional en contra)**

Pregunta 5: ¿Es eficaz el estar activo como tratamiento de lumbalgia?

Se sugiere en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo continuar con la actividad física y mantener las actividades de la vida diaria, incluyendo la actividad laboral, tanto como sea posible. **(Recomendación condicional a favor)**

Pregunta 6: ¿Es eficaz la escuela de espalda y/o la terapia manual como tratamiento de lumbalgia?

No se sugiere implementar programas de escuela de espalda para pacientes con lumbalgia aguda y subaguda. **(Recomendación condicional en contra)**

Recomendamos la terapia manual de manipulación y movilización de tejidos blandos brindada por un médico rehabilitador o terapeuta físico en un servicio de rehabilitación para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda, de acuerdo a disponibilidad del servicio. **(Recomendación fuerte a favor)**

Pregunta 7: ¿Son las fajas/corsés eficaces en el tratamiento de la lumbalgia aguda inespecífica?

No se sugiere usar los soportes lumbares (fajas o corsés) para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda. **(Recomendación condicional en contra)**

Pregunta 8: ¿Es eficaz el paracetamol en el tratamiento de lumbalgia?

No recomendamos la utilización de paracetamol - independientemente de la dosis como monoterapia - de primera elección en el tratamiento de la lumbalgia aguda y subaguda. **(Recomendación fuerte en contra)**

Pregunta 9: ¿Es eficaz el AINE en el tratamiento de lumbalgia?

Se sugiere AINEs como tratamiento de primera línea de la lumbalgia aguda y subaguda. **(Recomendación condicional a favor)**

Pregunta 10: ¿Es eficaz el relajante muscular en el tratamiento de lumbalgia?

Se sugiere agregar un relajante muscular si el dolor lumbar agudo y subagudo persiste tras iniciar el tratamiento con AINE. **(Recomendación condicional a favor)**

Pregunta 11: ¿Es eficaz el opiáceo en el tratamiento de lumbalgia?

Se sugiere el uso de un opiáceo débil (tramadol, codeína) si la lumbalgia aguda y subaguda persiste tras iniciar el tratamiento con AINE y relajante muscular. **(Recomendación condicional a favor)**

IV. Desarrollo de las Preguntas y Recomendaciones Basadas en la Evidencia

a. Factores de riesgo y Prevención

Para los efectos de esta Guía no se consideraron preguntas de factores de riesgo y prevención.

b. Diagnóstico

- **Conceptos generales/específicos**

La lumbalgia es una patología importante dada su alta prevalencia y el impacto que tiene en la salud de los pacientes y en la repercusión socioeconómica por la pérdida de horas-hombre.

- **Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia identificada**

Pregunta 1: ¿Cuál es el diagnóstico y la clasificación de lumbalgia?

Recomendaciones:

Se define lumbalgia como dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior glúteo, con o sin irradiación a una o ambas extremidades inferiores, sin que ésta deba ser considerada de origen radicular. **(Recomendación condicional a favor)**

Según el tiempo de duración del dolor, la lumbalgia se clasifica en:

- Aguda: dolor de menos de 6 semanas.
- Subaguda: dolor de 6-12 semanas.
- Crónica: más de 12 semanas con dolor.
- Recurrente: lumbalgia aguda en paciente que ha tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con períodos libres de síntomas de tres meses.

Evidencia encontrada

Esta pregunta está respondida en las GPC NICE, ICSI, alemana y del País Vasco. Adicionalmente, se procedió a actualizar la información mediante una revisión sistemática en Pubmed, Embase, y la biblioteca Cochrane. La selección de estudios, extracción de información y evaluación de riesgo de sesgo fue realizada independientemente por dos investigadores. Se encontraron 732 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 96 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente, se escogieron 10 estudios con información potencial (1 estudio descriptivo y 9 revisiones narrativas). Ninguno contó con información que responda la pregunta de investigación.

La gran mayoría de las lumbalgias son inespecíficas, es decir, que hay dolor en ausencia de alguna condición específica subyacente y su etiología no puede definirse hasta en un 85% de los casos. Por mucho tiempo se pensó que los factores mecánicos podían tener un rol causal en la lumbalgia; sin embargo, una serie de revisiones sistemáticas no logró demostrar esta relación

(38, 39) y se cree que se deben a factores musculoesqueléticos, como esguince o distensión muscular.

Menos del 1% de las causas de lumbalgia corresponden a patologías serias para las cuales deben identificarse signos de alarma (red flags) que se describen en la siguiente sección. (39)

Otras patologías específicas, pero de menor severidad que se presentan entre 5 a 27% de las lumbalgias, corresponden a etiología mecánica como enfermedad degenerativa (osteoartritis), fracturas vertebrales, estenosis espinales y hernias discales. (39-41)

Tabla N° 10: Clasificación de la lumbalgia por síntomas y signos

Lumbalgia inespecífica	Lumbalgia Mecánica/Radicular			Lumbalgia específica con Signos de alarma
Esguince/Distensión	Hernia discal	Osteoartritis	Estenosis espinal	
Se irradia a las nalgas	Dolor se irradia debajo de la rodilla			Edad > 50 años
Dolor difuso	Unilateral	Unilateral	Bilateral	Neoplasia (antecedentes de neoplasia, inmunodepresión, toma de corticoides, síndrome consuntivo sin mejoría con tratamientos habituales)
No cambia con maniobras específicas	Mejora al pararse	Empeora al pararse	Empeora al pararse	Fractura (traumatismo previo, osteoporosis)
	Empeora al sentarse	Mejora al sentarse	Mejora al sentarse	Infección/inflamación (dolor en reposo, fiebre)
	Mejora al reposo o al doblar rodilla que reduce tensión en nervio ciático			Cauda equina (anestesia en silla de montar, disfunción vesical reciente, incontinencia fecal reciente)

Adaptado de Manusov, Hamilton, Borenstein (39-41)

Balance entre consecuencias deseables y no deseables

La definición de lumbalgia y su clasificación de acuerdo al tiempo es deseable para iniciar la cadena de evaluación diagnóstica. No se identifican consecuencias no deseables, y por lo tanto, el balance es positivo.

Valores y preferencias

Los pacientes prefieren que se confirme el diagnóstico de lumbalgia y su clasificación lo más pronto posible. Este es el paso previo a la evaluación de factores de riesgo de enfermedades que requieran manejo inmediato.

Uso de recursos

La anamnesis y la exploración física conllevan el costo usual de la exploración de un paciente con dolor, por lo que no impacta negativamente en el presupuesto de los pacientes o institución de salud.

Aceptabilidad y viabilidad

El uso de anamnesis y exploración física es aceptable para los pacientes que presenten sospecha de lumbalgia. Las recomendaciones son viables, ya que la presencia de médicos competentes para la evaluación inicial está garantizada por el sistema de salud peruano.

Pregunta 2: ¿Cuáles son los criterios (signos de alarma) para derivar a atención especializada al paciente adulto con Lumbalgia?

Recomendaciones:

Los signos de alarma en la lumbalgia son: edad mayor a 50 años, antecedentes de neoplasia, síndrome constitucional sin mejoría con tratamientos habituales, dolor en reposo, fiebre, inmunodepresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de corticoides y síndrome de cauda equina. **(Recomendación condicional a favor)**

Evidencia encontrada

Esta pregunta está respondida en las GPC NICE, ICSI, alemana y del País Vasco. Adicionalmente se procedió a actualizar la información mediante una revisión sistemática en Pubmed, Embase, y la biblioteca Cochrane. La selección de estudios, extracción de información y evaluación de riesgo de sesgo fue realizada independientemente por dos investigadores. Se encontraron 77 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 14 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente, se escogieron 10 estudios con información potencial (3 revisiones sistemáticas, 3 revisiones narrativas, una cohorte, una serie de casos, un estudio transversal y una editorial). Sólo se hace referencia a aquellos estudios con información que responda la pregunta de investigación.

Los signos de alarma son útiles para descartar los procesos de mayor gravedad. La historia clínica es imprescindible para descartar estos procesos y definir un probable diagnóstico diferencial específico. La Guía NICE considera cuatro causas específicas para detectar signos de alarma: malignidad, infección, fracturas y desórdenes inflamatorios. Para las fracturas vertebrales, tanto la Guía del País Vasco como la Guía alemana consideran el uso de corticoides, osteoporosis y trauma como signos de alarma. En el descarte de cáncer, las Guías del País Vasco, alemana e ICSI incluyen la edad mayor a 50 años y el síndrome consuntivo. Para infecciones espinales, las mismas tres Guías consideran fiebre y la Guía alemana, además, inmunodepresión. Finalmente, las tres Guías reconocen la muy baja prevalencia de síndrome de cauda equina pero dado que se trata de una emergencia de tratamiento quirúrgico, se incluye en los signos de alarma. Sólo la Guía del País Vasco discute la presencia de las enfermedades inflamatorias y coloca como signo de alarma la presentación de dolor en reposo. Sin embargo, reconoce que la sensibilidad es de sólo 65% y la especificidad de 79%, por lo que no resulta de mucha ayuda.

Cuatro estudios con información relevante para la pregunta fueron seleccionados en la búsqueda de actualización: 3 revisiones sistemáticas de calidad moderada (42-44) y una cohorte retrospectiva de calidad baja (45). Henschke et al. en 2008 (42) en una revisión sistemática de precisión diagnóstica de fractura vertebral, encontraron que la edad mayor a 50 años tuvo un likelihood ratio positivo (LR+) =2.2 (IC 95% 1.4-2.8) y LR negativo (LR-) =0.34 (0.12-0.75); el sexo femenino, un LR+=2.3 (1.1-1.4), LR-=0.67 (0.37-0.97); Trauma mayor: LR+=12.8 (8.3-18.7), LR-=0.37 (0.20-0.57); Dolor al examen: LR+=6.7 (4.4-10.2), LR-=0.44 (0.32-0.58) y una lesión dolorosa distractora: LR+=1.7 (1.3-2.0), LR-=0.78 (0.67-0.88) (Anexo 9). En otra revisión sistemática, Cochrane de Henschke et al. 2013 (43), de mayor calidad metodológica, se encontró un número limitado de estudios y gran heterogeneidad clínica que no permitió la estimación conjunta de la precisión diagnóstica para diagnosticar cáncer de medula espinal. En este estudio, tener una edad >50 años tuvo una especificidad de 0.66 a 0.74, sensibilidad de 0.50 a 0.77, y un LR+ de 1.92 a 2.65; la pérdida de peso inexplicada tuvo una probabilidad post test de 1.2%; la historia previa de cáncer una probabilidad post-test de 4.6%; síntomas neurológicos, la sensibilidad fue 0 mientras que la especificidad fue de 0.91 a 0.97.

En 2013, Williams et al. (44) concluyeron que para la atención primaria la presencia de un trauma importante tiene un LR+ =3.42 a 12.85, la edad mayor de 74 años, un LR+ =3.69 a 9.39 y el uso de corticoesteroides: LR+=3.97 a 48.5 para detectar fractura vertebral; sin embargo, la precisión es un problema importante en esta revisión sistemática. Finalmente, el estudio de cohorte de Raison et al. en 2014 (45) encontró que la disfunción vesical o intestinal tuvo un LR+=2.45, pero con sensibilidad=0.65 y especificidad=0.73 para detectar compresión espinal y cauda equina.

Balance entre consecuencias deseables y no deseables

Conocer la información acerca de signos de alarma es deseable para descartar causas específicas de lumbalgia. La anamnesis y el examen físico no están asociados con consecuencias negativas para los pacientes con lumbalgia aguda.

Valores y preferencias

Los pacientes prefieren una derivación temprana de ser necesaria. El hecho de presentar uno o más signos de alarma permite una intervención dirigida y temprana en busca de causas específicas de lumbalgia.

Uso de recursos

La anamnesis y la exploración física conllevan el costo usual de la exploración de un paciente con lumbalgia, por lo que no impacta negativamente en el presupuesto de los pacientes o de la institución de salud.

Aceptabilidad y viabilidad

El uso de anamnesis y exploración física es aceptable para los pacientes que presenten sospecha de lumbalgia. Descartar la presencia de signos de alarma es viable pues forma parte de la evaluación clínica inicial de los pacientes con lumbalgia.

Pregunta 3. ¿Cuáles son los estudios de laboratorio e imagen que deben solicitarse ante un paciente adulto con lumbalgia aguda y subaguda?

Recomendación:

No se sugiere la realización de pruebas de laboratorio o imagen (radiografía, tomografía, resonancia) en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo sin signos de alarma.
(Recomendación condicional en contra)

Evidencia encontrada

Esta pregunta está contestada en las GPC NICE, ICSI, alemana y del País Vasco. Se procedió por lo tanto a realizar la actualización en Pubmed, EMBASE, y la biblioteca Cochrane. La selección de estudios, extracción de información y evaluación de riesgo de sesgo fue realizada independientemente por dos investigadores. Se encontraron 1480 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 92 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente se escogieron 20 estudios con información potencial (2 revisiones sistemáticas, 13 revisiones narrativas, 3 estudios de cohorte, uno de prueba diagnóstica y un descriptivo). Sólo hacemos referencia a aquellos estudios con información que responda la pregunta de investigación.

Sólo las Guías mexicana, alemana e ICSI mencionan que se debe hacer exámenes de laboratorio cuando hay signos de alarma.

En lo referente a las imágenes, en la Guía NICE se encontraron cuatro ECA, dos investigaron Rayos X vs no Rayos X, ambos de buena calidad con riesgo de sesgo bajo, que no encontraron diferencias para los outcomes dolor y discapacidad, uno RMN (Resonancia Magnética Nuclear) vs RMN tardía, que encontró diferencia a favor de la RMN, y uno Rayos X vs RMN, que no encontró diferencia para discapacidad a los 12 meses de seguimiento. Los cuatro estudios fueron de alta calidad con muy bajo riesgo de sesgo. La Guía del País Vasco menciona dos estudios para Rayos X en los que no se logra establecer relación entre los hallazgos y la presencia de síntomas y la RMI tiene alta sensibilidad y especificidad para cáncer, infección, estenosis espinal o espondilitis cuando hay signos de alarma. Las Guías de Alemania e ICSI mencionan que no se recomienda realizar estudios de imágenes si no hay signos de alarma.

Van Rijn et al. en 2012 (46) en una revisión sistemática, encontraron que la TAC (tomografía axial computarizada) tenía un LR + 2.94 (IC 95% 2.12–4.09) y un LR - 0.31 (IC 95% 0.22–0.43) para identificar hernia del disco lumbar utilizando como prueba de oro los hallazgos quirúrgicos de prolapso discal y hernia de núcleo pulposo. Wassenaar et al., en otra revisión sistemática de 2012 (47), encontraron que la RMN tenía un LR+ 3.30 (IC 95% 1.76–6.21) y un LR- 0.33 (IC 95% 0.21–0.50) para el diagnóstico de hernia del núcleo pulposo (incluyendo secuestro, extrusión y protrusión), utilizando los hallazgos quirúrgicos como prueba de oro. Ambas revisiones sistemáticas tuvieron valores que no alcanzan significación clínica.

Graves et al. en una cohorte de 2012 (48) encontraron que la RMN temprana (dentro de 6 semanas de inicio de dolor) no estuvo asociada a discapacidad para el trabajo a un año en trabajadores con radioculopatía [RR 1.31 (IC 95% 0.84-2.05)] y estuvo asociada a discapacidad para el trabajo a un año en trabajadores con esguinces leves o mayores [RR 2.03 (IC 95% 1.33-3.11)]. Hilal et al. en 2012 (49) encontraron 100% de precisión diagnóstica de compresión de raíz nerviosa para un protocolo de tamizaje limitado de imágenes de RNM (secuencias axial T2 y sagital T2) comparadas con la RMN de columna lumbar de rutina: secuencias sagitales T1 y T2, T2 axial, T2 con grasa saturada y secuencia de mielografía) en personas con lumbalgia de cualquier duración o severidad, ambos estudios tuvieron calidad moderada.

El conjunto de la evidencia adicional no es concluyente para recomendar el uso de RMN.

Balance entre consecuencias deseables y no deseables

La realización de pruebas de imágenes tales como la radiografía o tomografía están asociadas con un riesgo mínimo o pequeño de radiación, respectivamente. La resonancia no tiene riesgo de radiación. Las pruebas de laboratorio tienen riesgos pequeños asociados con dolor o sangrado local. Debido a que no tienen lugar en la evaluación y tratamiento de lumbalgia, el balance es negativo para las pruebas auxiliares.

Valores y preferencias

Los pacientes prefieren que se descarten tempranamente otras condiciones clínicas. Debido a las escasas molestias de las pruebas de imágenes, los pacientes prefieren las pruebas de imágenes y laboratorio adicionalmente a la anamnesis y la exploración clínica.

Uso de recursos

La RMN tiene un alto costo que contrasta con el mínimo o nulo beneficio para el diagnóstico de lumbalgia. El uso de radiografía, tomografía y pruebas de laboratorio tienen un costo menor, pero sin beneficio para el paciente.

Aceptabilidad y viabilidad

La recomendación en contra de hacer pruebas radiológicas y de laboratorio para la evaluación inicial de lumbalgia es aceptable pues no se ha demostrado su utilidad. Es viable mantener la recomendación en contra de la utilización de estas pruebas.

c. Tratamiento y Rehabilitación

Pregunta 4: ¿Es eficaz el reposo en cama como tratamiento de lumbalgia?

Recomendaciones

No se sugiere reposo en cama en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo.
(Recomendación condicional en contra)

Evidencia encontrada

Esta pregunta está respondida en las GPC NICE, ICSI, alemana y del País Vasco. Adicionalmente, se procedió a actualizar la información mediante una revisión sistemática en Pubmed, Embase, y la biblioteca Cochrane. La selección de estudios, extracción de información y evaluación de

riesgo de sesgo fue realizada independientemente por dos investigadores. Se encontraron 285 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 21 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente, se escogieron 14 estudios con información potencial (3 revisiones sistemáticas, 8 revisiones narrativas, 2 comentarios de GPC, una cohorte retrospectiva). Sólo se hace referencia a aquellos estudios con información que responda la pregunta de investigación.

Las Guías evaluadas no recomiendan el reposo en cama en personas con lumbalgia aguda o subaguda. La GPC NICE menciona que el acercamiento general al tratamiento de lumbalgia incluye evitar el reposo en cama. La Guía del País Vasco, en base a tres revisiones sistemáticas, concluye que no se debe recomendar el reposo en cama. Asimismo, la Guía alemana, en base a una Guía europea y dos revisiones sistemáticas, y la Guía ICSI, que utiliza la revisión sistemática de Dahm (50), se pronunciaron en contra del reposo en cama.

Dahm et al. en 2010 (50), en una revisión sistemática Cochrane de pacientes con lumbalgia aguda encontraron una pequeña o ninguna diferencia de intensidad de dolor a corto plazo (2-4 semanas) entre consejo de permanecer en cama vs permanecer activo [SMD 0.02 (IC 95% -0.16 a 0.20)] con heterogeneidad considerable ($I^2=92\%$) y SMD 0.29 (IC 95% 0.09 a 0.49) para discapacidad funcional (Anexo 9). La calidad de la evidencia de los tres estudios que evaluaron dolor fue baja, y de los dos estudios que evaluaron discapacidad funcional fue moderada. Adicionalmente, la revisión sistemática de Dahm et al. evaluó dolor y discapacidad funcional a las 12 semanas en dos estudios, con una pequeña diferencia estadísticamente significativa a favor de permanecer activo; la calidad de la evidencia para ambos desenlaces fue moderada.

Las revisiones sistemáticas de Friedman et al. (51), publicada sólo como abstract y McIntosh et al. (52), no abordaron específicamente el reposo en cama. Finalmente, la cohorte prospectiva de 286 pacientes con lumbalgia aguda de Verbunt et al. (53) encontró que en pacientes con lumbalgia aguda y seguidos por un año el incremento de una unidad de la Escala de Catastrofización de dolor (que mide rumiación, magnificación e indefensión) estuvo asociada con reposo en cama [OR 1.05 (IC 95% 1.02-1.08)].

Balance entre consecuencias deseables y no deseables

El reposo en cama no tiene mayores beneficios como tratamiento de lumbalgia aguda y puede tener efectos no deseables como el mayor puntaje de incapacidad funcional.

Valores y preferencias

El paciente considera que el reposo en cama es beneficioso, pero es necesario explicarle que los resultados de la evidencia disponible van en contra del reposo en cama.

Uso de recursos

El reposo en cama está asociado a un costo debido a la disminución de horas de trabajo para el paciente y de horas-hombre para el empleador.

Aceptabilidad y viabilidad

La no recomendación de reposo en cama es aceptable y viable para los pacientes.

Pregunta 5. ¿Es eficaz el estar activo como tratamiento de lumbalgia?

Recomendaciones

Se sugiere en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo continuar con la actividad física y mantener las actividades de la vida diaria, incluyendo la actividad laboral, tanto como sea posible. **(Recomendación condicional a favor)**

Evidencia encontrada

Esta pregunta está respondida en las Guías NICE, ICSI, alemana y del País Vasco. Adicionalmente, se procedió a actualizar la información mediante una revisión sistemática en Pubmed, Embase, y la biblioteca Cochrane. La selección de estudios, extracción de información y evaluación de riesgo de sesgo fue realizada independientemente por dos investigadores. Se encontraron 472 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 50 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente, se escogieron 10 estudios con información potencial (5 Revisiones sistemáticas, 3 ensayos clínicos aleatorizados, 1 de costo-efectividad y 1 estudio no fue encontrado en texto completo). Sólo se hace referencia a aquellos estudios con información que responda la pregunta de investigación.

La GPC NICE describe varios estudios: un ECA (54) que analizó la efectividad de la prescripción de ejercicio hasta el año de seguimiento (ECA con bajo riesgo de sesgo), una Revisión Sistemática Cochrane (55), que encontró evidencia insuficiente para la efectividad de un programa individualizado de ejercicio, otro ECA (56) encontró eficacia a 3 meses pero no a 12 meses, y otro tampoco encontró evidencia a 5 años (57) para un programa de ejercicio en casa. El ECA de Maul 2005 (58) encontró que agregar ejercicio a la Escuela de la Espalda reducía significativamente el dolor y la discapacidad luego de un año de seguimiento. Otro estudio comparó fisioterapia y grupos de aeróbicos sin encontrar diferencias significativas (59). Concluye que hay diferentes tipos de ejercicios que pueden tener algún efecto.

La Guía ICSI recomienda el ejercicio como tratamiento de lumbalgia subaguda en base a dos revisiones sistemáticas sobre programas de ejercicio individualizado (55) y un programa de acondicionamiento físico (60), además de dos ECA: rehabilitación centrada en la función (61) y un tratamiento activo individualizado combinado con ejercicio en grupo (62).

La Guía alemana no recomienda terapia de movimiento (incluyendo fisioterapia) para el tratamiento de lumbalgia aguda pero sí para lumbalgia subaguda. Sí recomienda alentar al paciente para que se mantenga físicamente activo.

La Guía del País Vasco, en base a dos revisiones sistemáticas, concluye que estar activo mejora el dolor y la funcionalidad en pacientes con dolor lumbar agudo al compararlos con los que permanecen en reposo. (63,64)

Dentro de las revisiones sistemáticas, Dahm, en 2010 (50), encontró una diferencia de medias para el desenlace dolor (diferentes escalas: 3 puntos, VAS, 11 puntos, cuestionario McGill) de 0.29 (95% CI: 0.09 to 0.49) a favor de estar activo (instrucciones de mantenerse lo más activo

posible) comparado con reposo en cama por al menos dos días. Oesch en 2011 (65), encontró que el ejercicio tiene un OR= 0.66, 95% CI 0.48–0.92 a favor para la discapacidad para el trabajo en lumbalgia no aguda en el contexto del trabajo, y Yamato, en 2015 (68), encontró una diferencia de medias a favor de Pilates, tanto para dolor (14.05, 95% CI -18.91 to -9.19; P <0.001) como para discapacidad (-7.95, 95% CI -13.23 to -2.67; P = 0.003). Van der Giessen en 2012 (66), no encontró diferencias en la escala de discapacidad/dolor al comparar actividad graduada versus la terapia usual o lista de espera. **(Anexo 9).**

Entre los ensayos clínicos, Aluko en 2013 (69) y Hagen en 2010 (70) no encontraron diferencia para “core stabilization” ni ejercicio, mientras que Fritz en 2015 (71) encontró una diferencia de medias a favor para discapacidad (-3.2 [95% CI, -5.9 to -0.47], P = .02) a 3 meses, pero no al año comparado con intervención mínima. **(Anexo 9)**

Balance entre consecuencias deseables y no deseables

Estar activo mejora el dolor y la capacidad funcional de las personas con lumbalgia aguda y subaguda, sin efectos no deseables conocidos.

Valores y preferencias

Los pacientes son actores importantes para el manejo temprano de lumbalgia dado que mantener la función lo más cercana a lo normal debería ser altamente valorado por los pacientes.

Uso de recursos

Mantenerse activo no irroga recursos adicionales para el paciente ni para su empleador.

Aceptabilidad y viabilidad

La recomendación de mantenerse en actividad es aceptada por el paciente y, dado que no requiere equipos especiales, resulta viable como parte del manejo de la lumbalgia aguda y subaguda.

Pregunta 6. ¿Son eficaces la escuela de espalda y/o la terapia manual como tratamiento de lumbalgia?

Recomendación:

No se sugiere implementar programas de escuela de espalda para pacientes con lumbalgia aguda y subaguda. **(Recomendación condicional en contra)**

Se recomienda la terapia manual de manipulación y movilización de tejidos blandos brindada por un médico rehabilitador o terapeuta físico en un servicio de rehabilitación para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda, de acuerdo a disponibilidad del servicio. **(Recomendación fuerte a favor)**

Evidencia encontrada

Esta pregunta está respondida en las GPC Alemana y del País Vasco. Adicionalmente, se procedió a actualizar la información mediante una revisión sistemática en Pubmed, Embase, y

la biblioteca Cochrane. La selección de estudios, extracción de información y evaluación de riesgo de sesgo fue realizada independientemente por dos investigadores. Se encontraron 122 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 41 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente, se escogieron 3 estudios con información potencial (2 Revisiones sistemáticas y 1 cohorte). Sólo se hace referencia a aquellos estudios con información que responda la pregunta de investigación.

Según la GPC del País Vasco las escuelas de espalda son un programa educativo y de adquisición de destrezas en el que se imparten lecciones, incluidos ejercicios, a grupos de pacientes con lumbalgia. Sus objetivos principales son la educación y la autorresponsabilidad. La Guía alemana menciona que, en un acercamiento biopsicosocial, puede recomendarse la escuela de espalda en el tratamiento del dolor lumbar no específico como recomendación condicional. La Guía del País Vasco, en base a una revisión sistemática Cochrane (72) concluye que la evidencia es contradictoria sobre la eficacia de las escuelas de espalda en la lumbalgia aguda y subaguda.

En lo referente a terapia manual, la Guía NICE identificó un ECA de alta calidad, el UKBEAM (56), que comparó manipulación espinal en ocho sesiones de 20 minutos por 12 semanas para lumbalgia subaguda, con mejoría por pequeño margen. Otro ECA comparó el método McKenzie de terapia física con intervención mínima en lumbalgia aguda, encontrando resultados marginalmente mejores. También encontró evidencia débil en un ECA acerca que los masajes proveen mejora del dolor a corto plazo.

La revisión sistemática de Hidalgo et al. 2014 (67) encontró tres estudios con calidad de evidencia alta a favor de la terapia manual de tipo manipulación en la lumbalgia aguda y subaguda en el corto plazo (1-3 meses) comparada con terapia manual fingida (“sham”) para dolor y capacidad funcional, y dos estudios con calidad moderada a favor de la manipulación combinada con movilización comparada con cuidados médicos usuales en lumbalgia aguda y subaguda para dolor y capacidad funcional (Anexo 9). La revisión sistemática Cochrane de Poquet 2015 et al. (73) reportó en 4 estudios heterogéneos que no hubo efectividad para la escuela de espalda con muy baja calidad de evidencia para dolor y discapacidad funcional comparada con placebo (“sham” o control de atención) u otro tratamiento (fisioterapia, terapia miofascial, manipulación articular o consejería. Finalmente, la cohorte de Tutzschke de 2014 (74) reportó diferencias en electromiografía para la escuela de la espalda sin evaluar desenlaces clínicos.

Balance entre consecuencias deseables y no deseables

La escuela de espalda no tiene efectos beneficiosos para lumbalgia aguda o subaguda con mínimo riesgo para el paciente. La terapia manual presenta evidencia sólida de beneficio para estos pacientes, con mínimo riesgo asociado con la manipulación.

Valores y preferencias

Los pacientes prefieren recibir tratamiento con terapia manual porque ha demostrado efectos beneficiosos en estudios calidad de evidencia alta. Los pacientes prefieren no recibir información de escuela de espalda pues no ofrece beneficio para lumbalgia aguda o subaguda.

Uso de recursos

La implementación de programas de terapia manual obligaría a destinar recursos adicionales para entrenar personal especializado y tener espacios para la realización de los procedimientos. La escuela de espalda precisa de gasto que no está justificado en el contexto de una intervención que no produce beneficio a los pacientes.

Aceptabilidad y viabilidad

La implementación de la terapia manual en pacientes con lumbalgia aguda o subaguda es aceptable para los pacientes, pues mejora dolor y capacidad funcional significativamente a corto plazo. La terapia manual es viable si se dispone de un número suficiente de profesionales entrenados en la intervención, por lo que puede ofrecerse de acuerdo a disponibilidad del servicio en los establecimientos de salud.

Pregunta 7. ¿Son las fajas/corsés eficaces en el tratamiento de lumbalgia aguda inespecífica?

Recomendación

No se sugiere usar los soportes lumbares (fajas o corsés) para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda. **(Recomendación condicional en contra)**

Evidencia encontrada

Esta pregunta está respondida en la GPC NICE. Adicionalmente, se procedió a actualizar la información mediante una revisión sistemática en Pubmed, Embase y la biblioteca Cochrane. La selección de estudios, extracción de información y evaluación de riesgo de sesgo fue realizada independientemente por dos investigadores. Se encontraron 472 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 9 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente se escogió 1 estudio con información potencial (ensayo clínico). Sólo se hace referencia a aquellos estudios con información que responda la pregunta de investigación.

La Guía NICE menciona una revisión sistemática de 6 ECAs, que no encontró evidencia de efectividad de los soportes lumbares para mejorar el dolor ni el estado funcional en comparación con no intervención. Es una revisión sistemática de buena calidad pero que presenta heterogeneidad en los tipos de pacientes.

El ensayo clínico de Calmels de 2009 (75) encontró que el uso de un cinturón lumbar mejoró la Escala Funcional entre los días 0 y 90 (7.6 ± 4.4 vs. de 6.1 ± 4.7 ; $P=0.023$), la escala visual análoga (VAS) se redujo 41.5 ± 21.4 vs. 32.0 ± 20 ; $P = 0.002$ y el consumo de analgésicos también se redujo D90:34.3% vs 56.8% CG; $P = 0.002$. Este es un ECA de baja calidad, por lo que sus resultados no son suficientes para modificar la recomendación de la revisión sistemática descrita en la Guía NICE.

Balance entre consecuencias deseables y no deseables

El soporte lumbar no mejora el dolor ni la capacidad funcional, y potencialmente puede provocar lesiones dérmicas de contacto.

Valores y preferencias

Los pacientes probablemente no prefieren recibir el soporte lumbar por las incomodidades que provoca su colocación y su permanencia.

Uso de Recursos

El uso de métodos de soporte lumbar obligaría a destinar recursos adicionales para la compra de estos aditamentos.

Aceptabilidad y viabilidad

El uso de métodos de soporte lumbar no es aceptado por los pacientes, y la recomendación contra su utilización es viable al además no tener evidencia de eficacia clínica.

Pregunta 8. ¿Es eficaz el paracetamol en el tratamiento de lumbalgia?

Recomendaciones:

No se recomienda la utilización de paracetamol, independientemente de la dosis como monoterapia, de primera elección en el tratamiento de la lumbalgia aguda y subaguda. **(Recomendación fuerte en contra)**

Evidencia encontrada

Esta pregunta está respondida en las GPC NICE, ICSI, Alemana y del País Vasco. Adicionalmente, se procedió a actualizar la información mediante una revisión sistemática en Pubmed, Embase, y la biblioteca Cochrane. La selección de estudios, extracción de información y evaluación de riesgo de sesgo fue realizada independientemente por dos investigadores. Se encontraron 1058 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 21 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente se escogieron 3 estudios con información potencial (1 Revisión sistemática y 2 ensayos clínicos). Sólo se hace referencia a aquellos estudios con información que responda la pregunta de investigación.

Las cuatro Guías recomiendan el paracetamol como medicación de primera línea, pero no presentan evidencia a favor. Es considerada buena práctica.

La revisión sistemática de Davies et al. 2008 (76) de 676 pacientes con lumbalgia aguda y crónica (6 ensayos controlados aleatorizados de aguda y 1 de crónica) no encontró evidencia suficiente para el uso de paracetamol (Anexo 9). Los ensayos fueron pequeños y de baja calidad, además de heterogéneos entre sí. Las comparaciones se hicieron con ningún tratamiento, ibuprofeno o electroacupuntura. Los tiempos de tratamiento iban desde 2 días hasta 5 semanas y las dosis de paracetamol utilizadas iban desde 500 mg dos veces al día hasta 1000 mg cuatro veces al día. El reciente ensayo controlado aleatorizado de Williams 2014 et al. (44) en 1652 pacientes con lumbalgia aguda no encontró diferencia en el tiempo de recuperación sostenida del dolor por 7 días consecutivos luego de hasta cuatro semanas de dosis regulares de paracetamol (el equivalente de 3990 mg por día) HR 1.05 (IC 95% 0.92-1.19) o dosis según necesidad (4000 mg máximo) HR 0.99 (95% CI 0.87-1.14) comparados con placebo. Lasko et al. (77) tampoco encontraron diferencias entre los tres grupos de tratamiento en la escala de dolor VAS a las 12 semanas, y en la escala de discapacidad funcional de Roland-Morris a las 12 semanas.

Balance entre consecuencias deseables y no deseables

El paracetamol no tiene efectos beneficiosos para el manejo del dolor versus placebo cuando se da en forma regular o en forma condicional en dosis de hasta 4000mg/día. El paracetamol se ha asociado a efectos adversos hepáticos a dosis por encima del rango terapéutico y que potencialmente puede suceder al no evidenciar disminución del dolor.

Valores y preferencias

Los pacientes podrían preferir tomar paracetamol, ya que se usa regularmente en otras enfermedades y está en el mercado desde hace muchos años. Sin embargo, al no tener efecto beneficioso en lumbalgia aguda, su uso no es adecuado.

Uso de recursos

El paracetamol es un medicamento de uso común y barato.

Aceptabilidad y viabilidad

No usar un medicamento sin efecto en lumbalgia aguda y con riesgos potenciales hepáticos es aceptable por los pacientes. La recomendación en contra del uso de paracetamol es viable debido a la ineficacia del medicamento.

Pregunta 9: ¿Es eficaz el AINE en el tratamiento de lumbalgia?

Recomendaciones:

Se sugiere AINEs como tratamiento de primera línea de la lumbalgia aguda y subaguda.
(Recomendación condicional a favor)

Evidencia encontrada

Esta pregunta está respondida en las GPC NICE, ICSI, alemana y del País Vasco. Adicionalmente, se procedió a actualizar la información mediante una revisión sistemática en Pubmed, Embase, y la biblioteca Cochrane. La selección de estudios, extracción de información y evaluación de riesgo de sesgo fue realizada independientemente por dos investigadores. Se encontraron 547 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 16 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente, se escogieron 5 estudios con información potencial (3 Revisiones sistemáticas y 2 revisiones narrativas). Sólo se hace referencia a aquellos estudios con información que responda la pregunta de investigación.

Las Guías NICE e ICSI utilizan la revisión sistemática de Roelofs (78) para decir que hay evidencia insuficiente para prescribir AINE. La Guía del País Vasco menciona una revisión Cochrane que muestra evidencia contradictoria de los AINE comparados con paracetamol, y la Guía alemana recomienda AINE como segunda línea después de paracetamol, sin mencionar evidencia.

La revisión sistemática de Roelofs 2008 (78) no encontró diferencia entre el uso de paracetamol y AINE en tres ECA, con una diferencia de medias de -0.21 (-0.43,0.02), pero sí encuentra diferencia contra placebo en cuatro ECA con una diferencia de medias de -8.39 (-12.68,-4.10). Tampoco encontró diferencias entre los COX-2 y los AINE no selectivos en tres ECA, con una diferencia de medias de -1.17 (-4.67,2.33). En lo referente a efectos adversos, los AINE tuvieron mayores efectos adversos que el placebo, con un RR de 1.35 (1.09,1.68), y que el paracetamol,

con un RR de 1.76 (1.12-2.76), sin encontrar diferencia entre los COX-2 y los AINE no selectivos, con un RR de 0.86 (0.62,1.20). El tiempo de tratamiento va de una a 2 semanas y la vía de administración preferida es la vía oral.

La revisión sistemática de Abdel-Shaheed 2014 (79) encontró diferencia significativa para ibuprofeno con diferencia de medias de -10.9 (-17.6, -4.2) y diclofenaco (-11.3 (-17.8,-4.9) comparados con placebo. El tiempo de tratamiento va de una a 2 semanas, y la vía de administración preferida es la vía oral.

La revisión sistemática de Moore 2008 (80) encontró cinco estudios de aproximadamente una semana de tratamiento. Uno compara 50 mg. de dexketoprofeno intramuscular versus 75 mg. de diclofenaco, y otros cuatro compararon dexketoprofeno 25 mg. vía oral tres veces al día en 4-7 días con diclofenaco 150 mg. diarios, tramadol 150 mg. diarios (dos estudios) y paracetamol 800mg/dextropropoxifeno 60 mg diarios, sin encontrar diferencias entre los diferentes AINEs.

Balance entre consecuencias deseables y no deseables

Si bien los AINEs son efectivos en el tratamiento de lumbalgia, existe un riesgo potencial de hemorragia digestiva y daño cardiovascular que deben tomarse en cuenta, de acuerdo a las características de los pacientes. No hay diferencia entre diferentes tipos de AINEs, incluyendo los coxibs.

Valores y preferencias

Los pacientes prefieren recibir tratamiento con AINES para lumbalgia, ya que son fármacos que usan en otras condiciones y reconocen su utilidad.

Uso de recursos

La mayoría de AINEs están en uso en la práctica habitual para diferentes patologías y sus costos no son muy altos. El costo de los coxibs es alto y no se justifica su uso al no tener ventajas significativas sobre otros AINEs (GPC NICE).

Aceptabilidad y viabilidad

El manejo con AINE es aceptado por los pacientes y no requiere de personal especializado adicional por lo que resulta viable.

Pregunta 10: ¿Es eficaz el relajante muscular en el tratamiento de lumbalgia?

Recomendaciones:

Se sugiere agregar un relajante muscular si el dolor lumbar agudo y subagudo persiste tras iniciar el tratamiento con AINE. **(Recomendación condicional a favor)**

Evidencia encontrada

Esta pregunta está respondida en las GPC ICSI, Alemana y del País Vasco. Adicionalmente, se procedió a actualizar la información mediante una revisión sistemática en Pubmed, Embase, y

la biblioteca Cochrane. La selección de estudios, extracción de información y evaluación de riesgo de sesgo fue realizada independientemente por dos investigadores. Se encontraron 351 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 22 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente, se escogieron 11 estudios con información potencial (1 Revisión sistemática, 7 ensayos clínicos, 1 reporte de caso y 2 estudios no estuvieron disponibles en texto completo). Sólo se hace referencia a aquellos estudios con información que responda la pregunta de investigación.

La Guía ICSI menciona evidencia débil a favor de los relajantes musculares; la Guía alemana lo coloca como una declaración (statement) sin grado de recomendación, y la Guía del País Vasco menciona una revisión sistemática Cochrane (81) que compara múltiples medicamentos sin encontrar diferencias significativas, incluyendo una comparación entre tizanidina, asociada a analgésico o AINE, y otra de orfenadrina, asociada a paracetamol, que no mostraron diferencias significativas. Además encontró dos ECAs con una evidencia moderada que los relajantes musculares no proporcionan efecto adicional al uso exclusivo de AINE (82,83). Todas las Guías mencionan que el tiempo de uso debe ser corto, menor de dos semanas.

La revisión sistemática de Machado 2009 (84), de calidad muy baja en 820 pacientes (8 estudios en lumbalgia aguda y 1 en lumbalgia crónica), encontró un efecto pequeño a moderado en la escala VAS de dolor (Diferencia de medias -12, IC 95% -6 a -18) vs placebo. No se reportaron efectos exclusivamente en los 8 estudios que incluyeron pacientes con lumbalgia aguda (Anexo 9). Cabitza 2008 (85) y Chandanwale 2011 (86), en ensayos clínicos de calidad baja con eperisona, y Rao 2012 (87), en un ensayo de calidad baja con Tolperisona, encontraron un efecto significativo en la reducción de dolor y movimiento lumbar. Kumar 2014 et al. (88) no encontraron efecto de clorzoxazona + aclofenaco + paracetamol vs tiocolchicosido + aclofenaco para reducción de dolor. Finalmente, Friedman 2015 (91) no encontró efecto adicional en la capacidad funcional de ciclobenzaprina + naproxeno vs. naproxeno + placebo. Malanga 2009 (89) sí encontró diferencias en la respuesta a la terapia a los cuatro días entre ciclobenzaprina de liberación extendida y placebo. Weil 2010 (90) también comparó este medicamento con placebo y halló diferencias significativas en la utilidad de la medicación según el paciente a los 4 días, pero no hubo diferencias en la evaluación global del médico a los 4 días.

Balance entre consecuencias deseables y no deseables

Si bien los relajantes musculares pueden tener un efecto beneficioso en los pacientes con lumbalgia, es necesario considerar los efectos adversos potenciales, especialmente somnolencia, náuseas y vómitos, sequedad de boca y debilidad.

Valores y preferencias

Los pacientes pueden desear preferir un relajante muscular durante pocos días además de un AINE si se mejora el dolor lumbar más rápidamente.

Uso de recursos

Los relajantes musculares son medicamentos de amplio uso y de bajo costo, por lo que no irrogan gastos importantes adicionales.

Aceptabilidad y viabilidad

La recomendación del uso de relajantes musculares por corto tiempo es aceptable dado su efecto beneficioso, por el conocimiento de sus efectos adversos potenciales y su bajo costo. El uso de relajantes musculares es viable pues su uso es común en la práctica clínica.

Pregunta 11: ¿Es eficaz el opiáceo en el tratamiento de lumbalgia?

Recomendaciones:

Se sugiere el uso de un opiáceo débil (tramadol, codeína) si la lumbalgia aguda y subaguda persiste tras iniciar el tratamiento con AINE y relajante muscular. **(Recomendación condicional a favor)**

Evidencia encontrada

Esta pregunta está respondida en las GPC NICE, ICSI, alemana y del País Vasco. Adicionalmente, se procedió a actualizar la información mediante una revisión sistemática en Pubmed, Embase, y la biblioteca Cochrane. La selección de estudios, extracción de información y evaluación de riesgo de sesgo fue realizada independientemente por dos investigadores. Se encontraron 307 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 37 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente, se escogieron 2 estudios con información potencial (2 descriptivos). Ninguno tuvo información novedosa.

La GPC NICE encontró una revisión sistemática (92) que encontró diferencia significativa para oximorfona en la intensidad del dolor medida por VAS comparada con placebo en lumbalgia aguda. La Guía ICSI la menciona también como una recomendación fuerte con baja calidad de evidencia. La Guía alemana menciona evidencia débil para opiáceos débiles (tramadol), y la Guía del País Vasco menciona una revisión sistemática (93) que no muestra evidencia entre hidrocodeína y oxicodeína para el dolor en lumbalgia aguda en un solo estudio (94), pero añade que la Guía europea recomienda su uso cuando fallan paracetamol y AINE. El tiempo de uso debe ser corto, usualmente de una a dos semanas.

Balance entre consecuencias deseables y no deseables

El uso de opiáceos puede tener un efecto beneficioso para los pacientes con lumbalgia; sin embargo, hay que considerar sus efectos adversos conocidos antes de decidir su uso.

Valores y preferencias

Los pacientes prefieren usar opiáceos en comparación a otros medicamentos sólo si los tratamientos previos no han mejorado el dolor ni la capacidad funcional.

Uso de recursos

Los opiáceos se usan habitualmente en condiciones de dolor severo, en especial en el área quirúrgica, por lo que su uso no generará un aumento significativo en los recursos asignados para los pacientes con lumbalgia.

Aceptabilidad y viabilidad

El uso de opiáceos es aceptado por los pacientes, su uso es viable a pesar de que son medicamentos controlados que requieren un manejo especial.

d. Seguimiento y monitoreo del paciente

Para los efectos de esta Guía no se consideraron preguntas de seguimiento ni monitoreo.

V. Plan para la actualización de la GPC

La presente Guía tiene una validez de dos años. Al acercarse el fin de ese período, se procederá a una revisión sistemática de la literatura para su actualización, luego de la cual se decidirá si se actualiza la Guía o se procede a realizar una nueva versión, de acuerdo a la cantidad de información nueva que se encuentre.

VI. Plan para evaluación y monitoreo de la GPC

Se establecerán indicadores para el monitoreo del cumplimiento de la Guía:

- Porcentaje anual de pacientes con lumbalgia a los que se les emite certificados de incapacidad para el trabajo (CITT).
- Promedio de días otorgados de CITT.
- Porcentaje de uso de paracetamol, AINE, relajantes musculares y opiáceos.

VII. Referencias

1. Savigny P, Kuntze S, Watson P, Underwood M, Ritchie G, Cotterell M, Hill D, Browne N, Buchanan E, Coffey P, Dixon P, Drummond C, Flanagan M, Greenough, C, Griffiths M, Halliday-Bell J, Hettinga D, Vogel S, Walsh D. Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain. London, 2009: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.
2. Goertz M, Thorson D, Bonsell J, Bonte B, Campbell R, Haake B, Johnson K, Kramer C, Mueller B, Peterson S, Setterlund L, Timming R. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Acute and Subacute Low Back Pain. Updated November 2012.
3. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Kurzfassung, 1. Auflage. Version 5. 2010 zuletzt verändert: Oktober 2015. Available from: <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de>; [cited: 21.12.2015]; DOI: 10.6101/AZQ/000251
4. Pérez Irazusta I., Alcorta Michelena I., Aguirre Lejarcegui G., Aristegi Racero G., Caso Martínez J., Esquisabel Martínez R., López de Goicoechea Fuentes AJ., Martínez Eguía B., Pérez Rico M., Pinedo Otaola S., Sainz de Rozas Aparicio R. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. GPC 2007/1. Vitoria-Gasteiz.
5. Ministerio de Salud del Perú. Documento Técnico: Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica. Resolución Ministerial 414-2015-MINSA Julio 2015.
6. The ADAPTE Collaboration (2009). The ADAPTE Process: Resource toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. Available from: <http://www.g-i-n.net>
7. Hospital Nacional Dos de Mayo, Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica: Servicio de Medicina Física y Rehabilitación: Lumbalgia. Lima 2010.
8. Higgins JPT, Altman DG, Gotzsche PC, Juni P, Oxman AD, Savovic J, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011;343:d5928.
9. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2007 Feb 15; 7:10.
10. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006;15(Suppl. 2):S192–S300.
11. Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux P, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, et al. Chronic low back pain. Good Clinical practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2006. KCE reports 48 C (D/2006/10.273/71).
12. Manchikanti L, Falco FJE, Singh V, et al. An Update of Comprehensive Evidence-Based Guidelines for Interventional Techniques in Chronic Spinal Pain. Part I: Introduction and General Considerations. *Pain Physician* 2013;16:S1-S48.
13. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S, et al. An Update of Comprehensive Evidence-Based Guidelines for Interventional Techniques in Chronic Spinal Pain. Part II: Guidance and Recommendations. *Pain Physician* 2013; 16:S49-S283.
14. EsSalud. Manejo de rehabilitación del dolor musculo esquelético agudo y crónico: Lumbalgia. Año de publicación no precisado.

15. Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge diagnostique et therapeutique des lombalgies et lombosciatiques comunes de moins de trois mois d'evolution. Paris Cedex 2000.
16. The Norwegian Back Pain Network- The communication unit. Acute low back pain. Interdisciplinary clinical guidelines. Oslo, 2002: The Norwegian Back Pain Network.
17. Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group. Evidence-based management of acute musculoskeletal pain. Brisbane, 2003: Australian Academic Press Pty Ltd.
18. Bekkering GE, Hendriks HJM, Koes BW, et al. Dutch Physiotherapy Guidelines for Low Back Pain. *Physiotherapy* 2003;89:82-95.
19. Lopez Roldan VM, Oviedo Mota MA, Guzman Gonzalez JM, et al. Guia clínica para la atención del síndrome doloroso lumbar. *Rev Med IMSS* 2003;41(Supl):S123-S130.
20. Kendall, N A S, Linton, S J & Main, C J (1997). Guide to Assessing Psycho-social Yellow Flags in Acute Low Back Pain: Risk Factors for Long-Term Disability and Work Loss. Accident Compensation Corporation and the New Zealand Guidelines Group, Wellington, New Zealand. (Oct, 2004 Edition).
21. Chou R, Qaseem A, Snow A, 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;147:478-91.
22. Chou R, Loeser JD, Owens DK, et al. Interventional Therapies, Surgery, and Interdisciplinary Rehabilitation for Low Back Pain An Evidence-Based Clinical Practice Guideline From the American Pain Society. *Spine* 2009;34:1066-77.
23. Delitto A, George SZ, van Dillen L, et al. Low Back Pain Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther* 2012;42:A1-A57.
24. Goertz M, Thorson D, Bonsell J, Bonte B, Campbell R, Haake B, Johnson K, Kramer C, Mueller B, Peterson S, Setterlund L, Timming R. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Acute and Subacute Low Back Pain. Updated November 2012.
25. Guevara-Lopez U, Covarrubias-Gomez A, Elias-Dib J, Reyes-Sanchez A, Rodriguez-Reyna TS. Parámetros de práctica para el manejo de dolor de espalda baja. *Cir Cir* 2011;79:286-302.
26. Department of Labor and Employment, State of Colorado. Low back pain Clinical Treatment Guidelines. Colorado, 2014.
27. Towards Optimize Practice and Alberta Institute of Health Economics. Guidelines for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain. Alberta, 2011. 2nd Edition.
28. Chiodo AM, and the University of Michigan Low Back Pain Guideline Team. Guidelines for Clinical Care Ambulatory: Acute Low Back Pain. Michigan, 2010.
29. Staal JB, Hendriks EJM, Heijmans M, et al. KNGF-richtlijn Lage rugpijn. Amersfoort, 2013. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).
30. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud. 2009.
31. Negrini S, Giovanonni S, Minozzi S, et al. Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines. *Eura Medicophys* 2006; 42:151-70.

32. Jara Leonelli LA, Lopetegui Olivera C, Monnier Berner E. Protocolo de Referencia-Contrarreferencia Patología de Columna Lumbar Servicio de Salud Araucanía Sur. Chile, 2011.
33. Petit A, Fassier J-B, Rousseau S, Mairiaux P, Roquelaure Y. French good practice guidelines for medical and occupational surveillance of the low back pain risk among workers exposed to manual handling of loads. *Annals of Occupational and Environmental Medicine* 2015;27:18.
34. Pairoa Amadori M. Servicio de Salud Aconcagua. Protocolo Lumbalgia. Chile, 2011.
35. Marin Plaza R. Subred Victoria. Protocolo de Referencia y Contrarreferencia de Lumbalgia. Chile, año no especificado.
36. Rossignol M, Arsenault B, Dionne C, et al. Clinic on low back pain in interdisciplinary practice (CLIP) guidelines. Montreal, 2007: Direction de Santé Publique, Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montreal.
37. Servicio de Salud O'Higgins. Protocolos de Referencia y Contrarreferencia O'Higgins: Lumbalgia. Chile, 2011.
38. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2012 Feb 4;379(9814):482-91. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60610-7. Epub 2011 Oct 6. Review. PubMed PMID: 21982256.
39. Hamilton J. Acute back pain. *Medicine* 2008;37(1):17-22)
40. Manusov EG. Evaluation and diagnosis of low back pain. *Prim Care*. 2012 Sep;39(3):471-9. doi: 10.1016/j.pop.2012.06.003. Review. PubMed PMID: 22958556.
41. Borenstein D. Mechanical low back pain--a rheumatologist's view. *Nat Rev Rheumatol*. 2013 Nov;9(11):643-53. doi: 10.1038/nrrheum.2013.133. Epub 2013 Sep 10. Review. PubMed PMID: 24018549.
42. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM. A systematic review identifies five "red flags" to screen for vertebral fracture in patients with low back pain. *J Clin Epidemiol*. 2008 Feb;61(2):110-118. doi: 10.1016/j.jclinepi.2007.04.013
43. Henschke N, Maher CG, Ostelo RWJG, de Vet HCW, Macaskill P, Irwig L. Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD008686. DOI: 10.1002/14651858.CD008686.pub2.
44. Williams CM, Henschke N, Maher CG, van Tulder MW, Koes BW, Macaskill P, Irwig L. Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. No.: CD008643. DOI: 10.1002/14651858.CD008643.pub2.
45. Raison NT, Alwan W, Abbot A, Farook M, Khaleel A. The reliability of red flags in spinal cord compression. *Arch Trauma Res*. 2014 Mar 30;3(1):e17850. doi:10.5812/atr.17850.
46. van Rijn RM, Wassenaar M, Verhagen AP, Ostelo RW, Ginai AZ, de Boer MR, van Tulder MW, Koes BW. Computed tomography for the diagnosis of lumbar spinal pathology in adult patients with low back pain or sciatica: a diagnostic systematic review. *Eur Spine J*. 2012 Feb;21(2):228-39. doi:10.1007/s00586-011-2012-2
47. Wassenaar M, van Rijn RM, van Tulder MW, Verhagen AP, van der Windt DA, Koes BW, de Boer MR, Ginai AZ, Ostelo RW. Magnetic resonance imaging for diagnosing lumbar spinal pathology in adult patients with low back pain or sciatica: a diagnostic systematic review. *Eur Spine J*. 2012 Feb;21(2):220-7. doi:10.1007/s00586-011-2019-8.

48. Graves JM, Fulton-Kehoe D, Jarvik JG, Franklin GM. Early imaging for acute low back pain: one-year health and disability outcomes among Washington State workers. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2012 Aug 15;37(18):1617-27. PubMed PMID: 22415000.
49. Hilal K, Sajjad Z, Sayani R, Khan D. Utility of limited protocol magnetic resonance imaging lumbar spine for nerve root compression in a developing country, is it accurate and cost effective? *Asian Spine J*. 2013 Sep;7(3):184-9. doi: 10.4184/asj.2013.7.3.184
50. Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 6. Art. No.: //CD007612. DOI: 10.1002/14651858.CD007612.pub2.
51. Friedman BW, Rothberg S. Complementary Interventions for Emergency Department Patients With Acute or Sub-Acute Mechanical Low Back Pain. *Annals of Emergency Medicine* 2015; 66(4S):S114
52. Mc Intosh G, Hall H. Low back pain (acute). *Clinical Evidence* 2008;10:1102.
53. Verbunt JA, Sieben J, Vlaeyen JW, Portegijs P, André Knottnerus J. A new episode of low back pain: who relies on bed rest? *Eur J Pain*. 2008 May;12(4):508-16.
54. Little P, Lewith G, Webley F, Evans M et al. Randomised controlled trial of Alexander technique lessons, exercise, and massage (ATEAM) for chronic and recurrent back pain. *BMJ*. 2008; 337 :a884.
55. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3 2006. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2005.
56. UK Back pain exercise and manipulation (UKBEAM) Trial Team. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: Cost effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ*. 2004; 329 (7479):1381-1385.
57. Kuukkanen T, Mälkiä E. Effects of a three-month therapeutic exercise programme on flexibility in subjects with low back pain. *Physiother Res Int*. 2000; 5 (1):46-61.
58. Maul I, Läubli T, Oliveri M, Krueger H. Long-term effects of supervised physical training in secondary prevention of low back pain. *Eur Spine J*. 2005; 14 (6):599-611.
59. Mannion AF, Müntener M, Taimela S, Dvorak J. Comparison of three active therapies for chronic low back pain: results of a randomized clinical trial with one-year follow-up. *Rheumatology*. 2001; 40 (7):772-778.
60. Schaafsma F, Schonstein E, Whelan KM, et al. Physical conditioning programs for improving work outcomes in workers with back pain (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD001822.
61. Kool J, Bachmann S, Oesch P, et al. Function-centered rehabilitation increases work days in patients with nonacute nonspecific low back pain: 1-year results from a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88:1089-94.
62. Wright A, Lloyd-Davies A, Williams S, et al. Individual active treatment combined with group exercise for acute and subacute low back pain. *Spine* 2005;30:1235-41.
63. Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD001254.
64. Hilde G, Hagen KB, Jamtvedt G, Winnem M. Advice to stay active as a single treatment for low-back pain and sciatica [Systematic Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;(1).

65. Oesch P, Kool J, Hagen KB, Bachmann S. Effectiveness of exercise on work disability in patients with non-acute non-specific low back pain: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Rehabil Med.* 2010 Mar;42(3):193-205. doi: 10.2340/16501977-0524
66. Van der Giessen RN, Speksnijder CM, Helders PJ. The effectiveness of graded activity in patients with non-specific low-back pain: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2012; 34(13):1070-6. doi: 10.3109/09638288.2011.631682.
67. Hidalgo B, Detrembleur C, Hall T, Mahaudens P, Nielens H. The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: an update of systematic reviews. *J Man Manip Ther.* 2014 May;22(2):59-74. doi: 10.1179/2042618613Y.0000000041
68. Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT, Hancock MJ, Ostelo RWJG, Cabral CMN, Menezes Costa LC, Costa LOP. Pilates for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD010265. DOI: 10.1002/14651858.CD010265.pub2.
69. Aluko A, DeSouza L, Peacock J. The effect of core stability exercises on variations in acceleration of trunk movement, pain, and disability during an episode of acute nonspecific low back pain: a pilot clinical trial. *J Manipulative Physiol Ther.* 2013 Oct;36(8):497-504.e1-3. doi: 10.1016/j.jmpt.2012.12.012
70. Hagen EM, Ødelien KH, Lie SA, Eriksen HR. Adding a physical exercise programme to brief intervention for low back pain patients did not increase return to work. *Scand J Public Health.* 2010 Nov;38(7):731-8. doi: 10.1177/1403494810382472
71. Fritz JM, Magel JS, McFadden M, Asche C, Thackeray A, Meier W, Brennan G. Early Physical Therapy vs Usual Care in Patients With Recent-Onset Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2015 Oct 13;314(14):1459-67. doi: 10.1001/jama.2015.11648.
72. Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombarider C, Koes BW. Escuela de espalda para el dolor lumbar inespecífico. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 2 Oxford: Update Software Ltd Disponible en: <http://update.software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2 Chichester, UK: John Wiley –Sons, Ltd 2006.
73. Poquet N, Lin CWC, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, Maher CG. Back schools for acute and subacute non-specific low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD008325. DOI: 10.1002/14651858.CD008325.pub2.
74. Tutzschke R, Anders C, Borys C, Nodop S, Rößler O, Strauß B, Scholle HC. [Evaluation of the German new back school: muscular physiological characteristics]. *Schmerz.* 2014 Apr;28(2):166-74. doi: 10.1007/s00482-014-1390-x. German.
75. Calmels P, Queneau P, Hamonet C, Le Pen C, Maurel F, Lerouvreur C, Thoumie P. Effectiveness of a lumbar belt in subacute low back pain: an open, multicentric, and randomized clinical study. *Spine (Phila Pa 1976).* 2009 Feb 1;34(3):215-20. doi: 10.1097/BRS.0b013e31819577dc.
76. Davies RA, Maher CG, Hancock MJ. A systematic review of paracetamol for non-specific low back pain. *Eur Spine J.* 2008 Nov; 17(11):1423-30. doi:10.1007/s00586-008-0783-x.
77. Lasko B, Levitt RJ, Rainsford KD, Bouchard S, Rozova A, Robertson S. Extended-release tramadol/paracetamol in moderate-to-severe pain: a randomized, placebo-controlled

- study in patients with acute low back pain. *Curr Med Res Opin.* 2012 May; 28(5):847-57. doi: 10.1185/03007995.2012.681035. Epub 2012 Apr 25. PubMed PMID: 22458917.
78. Roelofs PDDM, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJPM, van Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD000396. DOI: 10.1002/14651858.CD000396.pub3.
 79. Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, McLachlan AJ. Interventions available over the counter and advice for acute low back pain: systematic review and meta-analysis. *J Pain.* 2014 Jan;15(1):2-15. doi: 10.1016/j.jpain.2013.09.016
 80. Moore RA, Barden J. Systematic review of dexketoprofen in acute and chronic pain. *BMC Clin Pharmacol.* 2008 Oct 31;8:11. doi: 10.1186/1472-6904-8-11. Review. PubMed PMID: 18976451; PubMed Central PMCID: PMC2585070.
 81. Van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Muscle relaxants for nonspecific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD004252.
 82. Berry H, Hutchinson DR. Tizanidine and ibuprofen in acute low-back pain: results of a double-blind multicentre study in general practice. *J Int Med Res* 1988; 16(2):83-91.
 83. Borenstein DG, Lacks S, Wiesel SW. Cyclobenzaprine and naproxen versus naproxen alone in the treatment of acute low back pain and muscle spasm. *Clin Ther* 1990; 12(2):125-131.
 84. Machado LA, Kamper SJ, Herbert RD, Maher CG, McAuley JH. Analgesic effects of treatments for non-specific low back pain: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Rheumatology (Oxford).* 2009 May;48(5):520-7. doi:10.1093/rheumatology/ken470.
 85. Cabitza P, Randelli P. Efficacy and safety of eperisone in patients with low back pain: a double blind randomized study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2008 Jul-Aug; 12(4):229-35.
 86. Chandanwale AS, Chopra A, Goregaonkar A, Medhi B, Shah V, Gaikwad S, Langade DG, Maroli S, Mehta SC, Naikwadi A, Pawar DR. Evaluation of eperisone hydrochloride in the treatment of acute musculoskeletal spasm associated with low back pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Postgrad Med.* 2011 Oct-Dec; 57(4):278-85. doi: 10.4103/0022-3859.90076.
 87. Rao R, Panghate A, Chandanwale A, Sardar I, Ghosh M, Roy M, Banerjee B, Goswami A, Kotwal PP. Clinical comparative study: efficacy and tolerability of tolperisone and thiocolchicoside in acute low back pain and spinal muscle spasticity. *Asian Spine J.* 2012 Jun;6(2):115-22. doi: 10.4184/asj.2012.6.2.115.
 88. Kumar S, Rani S, Siwach R, Verma P. To compare the efficacy and safety of fixed dose combination of thiocolchicoside and aceclofenac versus chlorzoxazone, aceclofenac and paracetamol in patients with acute lower backache associated with muscle spasm. *Int J Appl Basic Med Res.* 2014 Jul;4(2):101-5. doi:10.4103/2229-516X.136789.
 89. Malanga GA, Ruoff GE, Weil AJ, Altman CA, Xie F, Borenstein DG. Cyclobenzaprine ER for muscle spasm associated with low back and neck pain: two randomized, double-blind, placebo-controlled studies of identical design. *Curr Med Res Opin.* 2009 May; 25(5):1179-96. doi: 10.1185/03007990902851753.
 90. Weil AJ, Ruoff GE, Nalamachu S, Altman CA, Xie F, Taylor DR. Efficacy and tolerability of cyclobenzaprine extended release for acute muscle spasm: a pooled analysis. *Postgrad Med.* 2010 Jul; 122(4):158-69. doi: 10.3810/pgm.2010.07.2182.
 91. Friedman BW, Dym AA, Davitt M, Holden L, Solorzano C, Esses D, Bijur PE, Gallagher EJ. Naproxen With Cyclobenzaprine, Oxycodone/Acetaminophen, or Placebo for Treating

- Acute Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2015 Oct 20;314(15):1572-80. doi: 10.1001/jama.2015.13043
92. Katz N, Rauck R, Ahdieh H, Ma T et al. A 12-week, randomized, placebo-controlled trial assessing the safety and efficacy of oxymorphone extended release for opioid-naive patients with chronic low back pain. *Curr Med Res Opin*. 2007; 23 (1):117-128.
 93. Schnitzer TJ, Ferraro A, Hunsche E, Kong SX. A comprehensive review of clinical trials on the efficacy and safety of drugs for the treatment of low back pain. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28(1):72-95.
 94. Palangio M, Morris E, Doyle RT, Jr., Dornseif BE, Valente TJ. Combination hydrocodone and ibuprofen versus combination oxycodone and acetaminophen in the treatment of moderate or severe acute low back pain. *Clin Ther* 2002; 24(1):87-99.
 95. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol* 2013; 66: 726-35.
 96. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol* 2013; 66: 719-25.

VIII. Glosario

- **ADAPTE:** Metodología creada por un grupo de trabajo de investigadores internacionales que la desarrollaron y usan para la formulación de una GPC a través de la adaptación de GPC existentes.
- **Cochrane Library:** Base de datos sobre efectividad producida por la colaboración Cochrane, compuesta, entre otras, por las revisiones sistemáticas originales de esta organización.
- **Coefficiente de Probabilidad (likelihood ratio LR):** Probabilidad de un resultado positivo en los enfermos dividido por la probabilidad de ese mismo resultado en no enfermos. El CP indica en qué medida el resultado del test apoya la presencia de la enfermedad (coeficiente de probabilidad mayor de 1) o su ausencia (coeficiente de probabilidad menor de 1).
- **Medline:** Base de datos predominantemente clínica producida por la National Library of Medicine de EEUU, disponible en CD-Rom e Internet (PubMed).
- **Meta-análisis:** Técnica estadística que permite integrar los resultados de diferentes estudios homogéneos (estudios de test diagnósticos, ensayos clínicos, estudios de cohortes, etc.) en un único estimador, dando más peso a los resultados de los estudios con más efectivos.
- **Odds Ratio (OR):** Medida de la eficacia de un tratamiento. Si es igual a 1, el efecto del tratamiento no es distinto del efecto del control. Si el OR es mayor (o menor) que 1, el efecto del tratamiento es mayor (o menor) que el del control. Nótese que el efecto que se está midiendo puede ser adverso (muerte, discapacidad...) o deseable (dejar de fumar...).
- **Revisión Sistemática (RS):** Revisión sobre un tema claramente definido, para el cual se ha buscado de forma exhaustiva información que conteste a la pregunta de investigación. Por definición, es reproducible y exige identificar la información, valorarla de forma crítica y resumirla de acuerdo a unos criterios predeterminados.

IX. Anexos

Anexo 1: Grupo elaborador de la GPC.

Anexo 2: Declaración de conflictos de interés.

Anexo 3: Evaluación AGREE de las GPC encontradas.

Anexo 4: Excel de matriz general de preguntas y recomendaciones sobre la base de las Guías de Práctica Clínica seleccionadas.

Anexo 5: Evaluación de las estrategias de búsqueda.

Anexo 6: Actualización de búsquedas GPC lumbalgia.

Anexo 7: Detalles de selección de estudios en actualización de búsqueda GPC lumbalgia.

Anexo 8: ADAPTE Aceptabilidad y aplicabilidad.

Anexo 9: Tablas GRADE - Riesgo de sesgo ECAs y Revisiones sistemáticas.