

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

## **ANEXOS**

**GPC N°2**

**Diciembre 2016**

### **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 Hernández Díaz, 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 mismo.

### **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. Anexos. GPC N°2. Perú, Diciembre 2016.

### **Agradecimientos**

Sra. Rosario Torres Salas

### **Datos de contacto**

Víctor Suárez Moreno. Correo electrónico: [victor.suarezm@essalud.gob.pe](mailto:victor.suarezm@essalud.gob.pe). Teléfono: +511-2656000, Anexo 2349.

## Tabla de contenido

I.	<b>Anexo N°1</b> Grupo elaborador de la GPC .....	<b>4</b>
II.	<b>Anexo N°2</b> Declaración de conflictos de interés .....	<b>5</b>
III.	<b>Anexo N°3</b> Evaluación AGREE de las GPC encontradas .....	<b>6</b>
IV.	<b>Anexo N°4</b> Excel de matriz general de preguntas y recomendaciones sobre la base de las guías de práctica clínica seleccionadas .....	<b>9</b>
V.	<b>Anexo N°5</b> Evaluación de estrategias de búsqueda .....	<b>23</b>
VI.	<b>Anexo N°6</b> Actualización de búsquedas GPC lumbalgia .....	<b>35</b>
VII.	<b>Anexo N°7</b> Detalles de selección de estudios en actualización de búsqueda GPC lumbalgia .....	<b>92</b>
VIII.	<b>Anexo N°8</b> ADAPTE Aceptabilidad y aplicabilidad .....	<b>124</b>
IX.	<b>Anexo N°9</b> Tablas GRADE - Riesgo de sesgo ECAs y Revisiones sistemáticas.....	<b>128</b>

**I. Anexo 1:** Grupo elaborador de la GPC.

La conformación del Grupo Elaborador de Guías es la siguiente:

<b>Nombre</b>	<b>Institución</b>	<b>Profesión/Cargo</b>	<b>Conformación del GEG</b>
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
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 Piscocoya Rivera	Consultor IETSI, EsSalud	Médico Gastroenterólogo	Experto Metodólogo

Con fecha 23 de febrero del 2016 se conformó el Grupo Elaborador de la presente Guía, mediante Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N°08 –IETSI-ESSALUD-2016. Esta Resolución se encuentra en la siguiente dirección electrónica: [www.essalud.gob.pe/ietsi/zip/resoluciones\\_2016.zip](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/zip/resoluciones_2016.zip).

**II. Anexo 2:** Declaración de conflictos de interés

Los responsables y participantes en la generación de las recomendaciones de esta Guía declararon no tener conflictos de interés frente a las mismas, no estar involucrado en actividades remuneradas o financiadas por instituciones privadas relacionadas al manejo de Lumbalgia en los últimos 24 meses, no estar involucrados como investigadores en ensayos clínicos en curso sobre el tema o en los últimos 24 meses, no haber recibido donaciones o beneficios por parte de los grupos interesados en las recomendaciones y no ser parte de grupos profesionales con conflictos de interés. La elaboración, desarrollo y publicación de las recomendaciones contaron con el soporte financiero exclusivo del Seguro Social de Salud (EsSalud), y los derechos de autor son propiedad de los mismos.

**III. Anexo 3:** Evaluación AGREE de las GPC encontradas.

Resumen de los puntajes por dominios del Instrumento AGREE II de las guías preseleccionadas.

<b>Dominios</b>	<b>NICE 2009</b>	<b>ACP ACS 2007</b>	<b>APS 2009</b>	<b>APTA 2012</b>	<b>ICSI 2012</b>	<b>México 2011</b>	<b>Colorado 2014</b>	<b>Alemania 2010</b>	<b>Alberta Canadá 2011</b>	<b>Michigan 2010</b>
<b>DOMINIO 1. Alcance y Objetivos</b>	100%	64%	78%	61%	72%	30%	14%	94%	75%	69%
<b>DOMINIO 2. Participación de los Implicados</b>	72%	36%	42%	30%	72%	11%	3%	86%	30%	17%
<b>DOMINIO 3. Rigor en la elaboración</b>	81%	34%	79%	38%	60%	17%	2%	82%	26%	25%
<b>DOMINIO 4. Claridad en la presentación</b>	94%	58%	72%	55%	89%	55%	39%	100%	69%	64%
<b>DOMINIO 5. Aplicabilidad</b>	58%	0%	8%	4%	67%	2%	0%	87%	14%	14%
<b>DOMINIO 6. Independencia editorial</b>	83%	62%	79%	4%	92%	0%	0%	25%	0%	25%
<b>Calidad Global</b>	78%	42%	60%	32%	74%	19%	9%	79%	36%	36%

<b>Dominios</b>	<b>Holanda 2013</b>	<b>México 2009</b>	<b>Perú 2010</b>	<b>Italia 2006</b>	<b>Araucanía Chile</b>	<b>País Vasco 2007</b>	<b>Francia 2015</b>	<b>Aconcagua Chile 2011</b>	<b>Victoria Chile</b>	<b>Quebec Canadá 2007</b>
<b>DOMINIO 1. Alcance y Objetivos</b>	80%	100%	3%	14%	44%	100%	58%	39%	36%	33%
<b>DOMINIO 2. Participación de los Implicados</b>	47%	64%	5%	25%	22%	61%	61%	19%	14%	25%
<b>DOMINIO 3. Rigor en la elaboración</b>	4%	60%	1%	32%	0%	89%	58%	0%	0%	37%
<b>DOMINIO 4. Claridad en la presentación</b>	58%	80%	22%	47%	50%	89%	38%	30%	19%	39%
<b>DOMINIO 5. Aplicabilidad</b>	2%	2%	4%	27%	12.5%	41%	21%	4%	4%	23%
<b>DOMINIO 6. Independencia editorial</b>	0%	75%	0%	8%	0%	75%	75%	0%	0%	67%
<b>Calidad Global</b>	32%	63%	6%	24%	21%	76%	52%	15%	23%	37%

<b>Dominios</b>	<b>O'Higgins Chile 2011</b>	<b>Austria 2011</b>	<b>Europa 2006</b>
<b>DOMINIO 1. Alcance y Objetivos</b>	36%	69%	58%
<b>DOMINIO 2. Participación de los Implicados</b>	33%	50%	50%
<b>DOMINIO 3. Rigor en la elaboración</b>	1%	35%	44%
<b>DOMINIO 4. Claridad en la presentación</b>	11%	22%	80%
<b>DOMINIO 5. Aplicabilidad</b>	0%	0%	56%
<b>DOMINIO 6. Independencia editorial</b>	0%	29%	0%
<b>Calidad Global</b>	13%	34%	48%

IV. **Anexo 4:** Matriz general de preguntas y recomendaciones sobre la base de las Guías de Práctica Clínica seleccionadas.

Guía existente	NICE 2009	APS 2009
<b>Diagnóstico</b>		
<p><b>1.Cuál es el diagnóstico y la clasificación de lumbalgia? 1. aguda, subaguda, crónica; 2. inflamatoria, mecánica; 3. Severidad</b></p>	<p>Esta guía cubre el manejo de lumbalgia persistente o recurrente definida como lumbalgia no específica que ha durado más de 6 semanas, pero menos de 12 meses. Lumbalgia no específica es tensión, dolor y/o rigidez en la región lumbar para la cual no es posible identificar una causa específica de dolor. Varias estructuras en la espalda, incluyendo articulaciones, discos y tejido conectivos pueden contribuir a los síntomas. El diagnóstico de lumbalgia no específica es dependiente que el clínico este satisfecho con no hallar una causa específica del dolor de su paciente. Convencionalmente la lumbalgia es caracterizada de acuerdo a su duración como aguda (&lt; 6 semanas), sub aguda (6 semanas a 12 semanas) y crónica (&gt; 12 semanas). (Spitzer, W. O. and Leblanc, F. E., 1987).</p>	<p>NR</p>
<p><b>2. ¿Cuáles son los criterios (signos de alarma) para derivar a atención especializada al paciente adulto con Lumbalgia?</b></p>	<p>Signos de alarma:  Cáncer  Infección  Fractura incluyendo fractura osteoporótica  Espondilitis anquilosante u otra enfermedad inflamatoria  Síndromes neurológicos:  Ciática  Cauda equina</p>	<p>NR</p>
<p><b>3. ¿Cuáles son los estudios de laboratorio e imagen que deben solicitarse ante un paciente adulto con lumbalgia aguda?</b></p>	<p>No ofrecer rayos – X de la columna vertebral para el manejo de lumbalgia no específica.  Considerar MRI (imágenes de resonancia magnética) cuando un diagnóstico de cáncer espinal, infección, fractura, síndrome de cauda equina o espondilitis anquilosante u otra enfermedad inflamatoria es sospechado.</p>	<p>NR</p>

Guía existente	NICE 2009	APS 2009
<b>Tratamiento No farmacológico</b>		
<b>4. Es eficaz el reposo en cama como tratamiento de lumbalgia? (considerar la clasificación)</b>	El enfoque general para el tratamiento de lumbalgia no específica es aconsejar permanecer activo y evitar el descanso en cama, más medicación para el alivio del dolor, tal como paracetamol, opioides débiles o AINEs. (Koes, B. and van Tulder, M., 2006)	NR
<b>5. Es eficaz el estar activo como tratamiento de lumbalgia?</b>	6.1.1 Aconsejar a las personas con lumbalgia que mantenerse activo es probablemente benéfico. 6.1.2 Aconsejar hacer ejercicio a las personas con lumbalgia. 6.1.3 Considerar ofrecer un programa de ejercicios estructurado y adecuado a la persona: - Esto debe comprender un máximo de hasta ocho sesiones durante un período de hasta 12 semanas. - Ofrecer un programa de ejercicio supervisado en grupos de hasta 10 personas. - Un programa de ejercicio supervisado uno a uno puede ser ofrecido si un programa grupal no es adecuado para una persona particular.	NR
<b>6. Es eficaz la escuela de espalda como tratamiento de lumbalgia?</b>	NR	NR
<b>7. ¿Son las fajas/corsés eficaces en el tratamiento de la lumbalgia aguda inespecífica?</b>	8.2.5 No ofrecer apoyo lumbar. 8.2.6 No ofrecer tracción lumbar.	NR
<b>Tratamiento farmacológico</b>		
<b>8. Es eficaz el paracetamol en el tratamiento de lumbalgia?</b>	11.2.1 Aconsejar a la persona tomar paracetamol regular como la primera opción de medicación.	NR

Guía existente	NICE 2009	APS 2009
<p><b>9. Es eficaz el AINE en el tratamiento de lumbalgia?</b></p>	<p>11.2.2 Cuando el paracetamol sólo proporciona insuficiente alivio del dolor, ofrecer::</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anti inflamatorios no esteroideos (AINEs) y/o</li> <li>• opioides débiles</li> </ul> <p>Tomar en cuenta el riesgo individual de efectos colaterales y preferencias de los pacientes.</p> <p>11.2.3 Dar la debida consideración al riesgo de efectos colaterales de AINEs, especialmente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas mayores</li> <li>• Otras personas con riesgo incrementado de experimentar efectos colaterales.</li> </ul> <p>11.2.4 Cuando ofrecen tratamiento con AINE/inhibidor COX-2 (ciclooxigenasa 2) oral, la primera elección debería ser ya sea un AINE estándar o un inhibidor COX-2. En cualquier caso, para las personas mayores de 45 años debería ser prescrito conjuntamente con un PPI, eligiendo el que tenga un costo de adquisición más bajo.</p>	<p>NR</p>
<p><b>10. Es eficaz el relajante muscular en el tratamiento de lumbalgia?</b></p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>
<p><b>11. Es eficaz el opiáceo en el tratamiento de lumbalgia?</b></p>	<p>11.2.6 Considerar ofrecer opioides fuertes para uso de corto plazo en personas con dolor severo.</p> <p>11.2.7 Considerar referir para evaluación de especialistas a personas que pueden requerir uso prolongado de opioides fuertes.</p> <p>11.2.8 Dar la consideración debida al riesgo de dependencia de opioides y efectos colaterales tanto para opioides débiles como fuertes.</p>	<p>NR</p>

Guía existente	ICSI 2012	Germany 2010
<b>Diagnóstico</b>		
<p><b>1. Cuál es el diagnóstico y la clasificación de lumbalgia? 1. aguda, crónica; 2. inflamatoria, mecánica; 3. Severidad</b></p>	<p>Lumbalgia aguda – La lumbalgia se presenta hasta por seis semanas. La fase inicial aguda es definida como menos de dos semanas y la fase aguda tardía es definida como dos a seis semanas, secundaria a la potencial recuperación tardía o fases de riesgo para el desarrollo de lumbalgia crónica. La lumbalgia puede ocurrir sobre una base regular. Si ha habido una recuperación completa entre episodios, es considerada aguda recurrente.</p> <p>Lumbalgia crónica – Lumbalgia de más de 12 semanas de duración. Lumbalgia crónica es frecuentemente experimentada como síntomas crónicos que son lo suficientemente significativos para impactar en la función o calidad de vida. También es cíclica con exacerbaciones intermitentes. Estas exacerbaciones son incrementos agudos de los síntomas crónicos. Para los propósitos de este documento, estos episodios son considerados exacerbaciones de lumbalgia crónica y no episodios agudos.</p>	<p>La lumbalgia no específica puede clasificarse por causa, duración, intensidad y estado de cronicidad y es caracterizada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dolor en la espalda entre el arco costal y el pliegue del glúteo, con o sin diseminación del dolor</li> <li>• ausencia de evidencia de causas específicas</li> <li>• lumbalgia aguda (menos de seis semanas de duración)</li> <li>• episodios de dolor subagudo (más de seis semanas de duración)</li> <li>• lumbalgia crónica o crónica recurrente (más de dos semanas de duración)</li> </ul>

Guía existente	ICSI 2012	Germany 2010
<p><b>2. ¿Cuáles son los criterios (signos de alarma) para derivar a atención especializada al paciente adulto con Lumbalgia?</b></p>	<p>Los factores de riesgo para cáncer incluyen la edad de 50 años o más con una historia de cáncer, pérdida de peso no explicada y falla en mejorar después de cuatro a seis semanas de terapia conservadora para lumbalgia. Si todos estos tres factores de riesgo para cáncer están ausentes, los estudios sugieren que el cáncer puede ser descartado con 100% de sensibilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los factores de riesgo para una posible infección espinal incluye el uso de drogas intravenosas, inmunosupresión, infección urinaria, fiebre por encima de los 38°C (100.4°F) por más de 48 horas e historia de tuberculosis o tuberculosis activa.</li> <li>• Signos o síntomas de Síndrome de Cauda Equina: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nuevo inicio de incontinencia urinaria.</li> <li>- Retención urinaria (si no hay retención urinaria, la probabilidad de un síndrome de Cauda Equina es menos de 1 en 10,000).</li> <li>- Anestesia en silla, ciática unilateral o bilateral, déficit sensorial y motor, y anormal elevación de la pierna en línea recta.</li> </ul> </li> <li>• Factores de riesgo incrementado para fractura por fragilidad tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Osteoporosis</li> <li>- Historia de uso de esteroides.</li> <li>- Inmunosupresion</li> </ul> </li> </ul>	<p>Tabla 1 :</p> <p>Fractura</p> <p>Tumor</p> <p>Infección</p> <p>Radiculopatias/ neuropatias.</p>

Guía existente	ICSI 2012	Germany 2010
	<p>- Accidente o lesión seria (caída de alturas, trauma no punzo cortante, accidente vehicular) – no incluye lesión por torcedura o levantamiento a menos que otros factores estén presentes (por ejemplo, historia de osteoporosis).</p> <p>- Sospecha clínica de espondilitis anquilosante.</p> <p>- Abuso de drogas o alcohol (incidencia incrementada de osteomielitis, trauma o fractura).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor nocturno constante o dolor al reposo (incidencia incrementada de patología clínicamente significativa).</li> <li>• Consideración de otros orígenes no espinales.</li> </ul>	
<p><b>3. ¿Cuáles son los estudios de laboratorio e imagen que deben solicitarse ante un paciente adulto con lumbalgia aguda?</b></p>	<p>Los clínicos no deberían recomendar exámenes de imágenes (incluyendo tomografía computarizada [TC], resonancia magnética [RM] y rayos-X) para pacientes con lumbalgia no específica.</p>	<p>No realizar técnicas de imagen en lumbalgia aguda si no hay indicación de enfermedad seria basada en la historia médica y el examen físico.</p>
<p><b>Tratamiento No farmacológico</b></p>		
<p><b>4. Es eficaz el reposo en cama como tratamiento de lumbalgia? (considerar la clasificación)</b></p>	<p>Los clínicos no deberían recomendar reposo en cama para pacientes con lumbalgia.</p>	<p>No usar descanso en cama para tratar lumbalgia aguda no específica. Aconsejar a los pacientes con lumbalgia aguda no específica en contra del reposo en cama.</p>

Guía existente	ICSI 2012	Germany 2010
<b>5. Es eficaz el estar activo como tratamiento de lumbalgia?</b>	Los clínicos deberían recomendar a los pacientes con lumbalgia aguda y subaguda permanecer activos y continuar actividades de la vida diaria dentro de los límites permitidos por sus síntomas.	Promover en los pacientes a permanecer físicamente activos tanto como sea posible.
<b>6. Es eficaz la escuela de espalda como tratamiento de lumbalgia?</b>	NR	La escuela de espalda basada en un enfoque biopsicosocial puede ser recomendado en el tratamiento de lumbalgia sostenida no específica (> 6 semanas) o lumbalgia recurrente no específica.
<b>7. ¿Son las fajas/corsés eficaces en el tratamiento de la lumbalgia aguda inespecífica?</b>	Los clínicos no deberían prescribir o recomendar tracción para el tratamiento de lumbalgia aguda.	No usar ortesis en el tratamiento de lumbalgia aguda no específica.
<b>Tratamiento farmacológico</b>		
<b>8. Es eficaz el paracetamol en el tratamiento de lumbalgia?</b>	Usar acetaminofén sin receta médica por corto tiempo o medicamentos anti inflamatorios no esteroideos (AINEs) para ayudar a aliviar el dolor y/o inflamación en la zona lumbar.	Puede probarse el tratamiento con paracetamol, hasta una dosis máxima diaria de 3 g en lumbalgia aguda no específica leve a moderada. El resultado del tratamiento debería ser evaluado después de un corto período o.

Guía existente	ICSI 2012	Germany 2010
<p><b>9. Es eficaz el AINE en el tratamiento de lumbalgia?</b></p>	<p>AINES pueden ser usados para alivio del dolor en un corto plazo en pacientes con lumbalgia aguda y subaguda.</p>	<p>Pacientes con lumbalgia aguda no específica deberían recibir anti inflamatorios para aliviar el dolor a una dosis baja. La efectividad ha sido demostrada para 1.2 mg de ibuprofeno, 100 mg de diclofenaco, o 750 mg de naproxeno diariamente. En caso de una respuesta insuficiente, la dosis diaria puede ser incrementada hasta 2.4 g de ibuprofeno, 150 mg de diclofenaco o 1.25 g de naproxeno, tomando en cuenta potenciales efectos colaterales y preparando medidas profilácticas que puedan ser requeridas.</p>
<p><b>10. Es eficaz el relajante muscular en el tratamiento de lumbalgia?</b></p>	<p>Relajantes musculares pueden ser usados como una opción en tratar lumbalgia aguda. No obstante, posibles efectos colaterales deben ser considerados.</p>	<p>Los relajantes musculares pueden ser usados en el tratamiento de lumbalgia no específica aguda y crónica si las medidas no farmacológicas o los analgésicos no opioides solos no producen mejorías.</p>

Guía existente	ICSI 2012	Germany 2010
<p><b>11. Es eficaz el opiáceo en el tratamiento de lumbalgia?</b></p>	<p>Uso cuidadoso y responsable de opioides puede ser considerado para aquellos pacientes cuidadosamente seleccionados con dolor agudo severo no controlado con acetaminofén y AINEs, a una dosis mínima efectiva por un período limitado de tiempo, usualmente menos de una a dos semanas.</p>	<p>Si los analgésicos proporcionan insuficiente alivio del dolor (paracetamol, anti inflamatorios), los opioides débiles (por ejemplo tramadol, tilidina / naloxona) pueden ser usados para lumbalgia no específica.</p>

Guía existente	México 2009	España - País Vasco 2007
<b>Diagnóstico</b>		
<p><b>1. Cuál es el diagnóstico y la clasificación de lumbalgia? 1. aguda, subaguda, crónica; 2. inflamatoria, mecánica; 3. Severidad</b></p>	<p>Lumbalgia: dolor o malestar en la zona lumbar, localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias, con o sin limitación funcional que dificultan las actividades de la vida diaria y que puede causar ausentismo laboral.</p>	<p>Se define la lumbalgia como el dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas (20), sin que esta irradiación por debajo de la rodilla deba ser considerada de origen radicular (21).  Según el tiempo de duración del dolor, la lumbalgia se clasifica en (22):  -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 (23).  No están incluidas las exacerbaciones de la lumbalgia crónica.</p>

Guía existente	México 2009	España - País Vasco 2007
<p><b>2. ¿Cuáles son los criterios (signos de alarma) para derivar a atención especializada al paciente adulto con Lumbalgia?</b></p>	<p>Cuadro II: Diferencias entre dolor mecánico e inflamatorio.                      Se recomienda sospechar dolor lumbar asociado a neoplasia en el paciente con edad &gt; 50 años, antecedente de cáncer, pérdida de peso, no mejoría después de 46 semanas, dolor continuo o progresivo, dolor en reposo y nocturno.                      Se recomienda sospechar dolor lumbar debido a fractura ante el paciente &gt; 60 años, sexo femenino, con antecedente de osteoporosis, empleo crónico de esteroides y fractura previa. Es importante investigar la presencia de retención urinaria, tono de esfínter reducido, dolor en ambas piernas, déficit sensitivomotor y anestesia en silla de montar en el paciente con lumbalgia debido síndrome de cauda equina.                      Se recomienda investigar ante un paciente con lumbalgia los siguientes signos de alarma: edad &gt;50 años, antecedente de neoplasia, síndrome constitucional, no mejoría con tratamientos habituales, dolor en reposo, fiebre, inmunodepresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de esteroides y síndrome de cauda equina (cuadro III).                      Los datos clínicos asociados con dolor lumbar de origen inflamatorio incluyen: edad &lt; 45 años, dolor que mejora con el movimiento, rigidez con duración mayor de 3 meses, historia de entesitis, mono u oligoartritis, uveítis anterior aguda e historia familiar de espondiloartropatías.</p>	<p>Los signos de alarma en la lumbalgia son: edad&gt;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.</p>

Guía existente	México 2009	España - País Vasco 2007
<p><b>3. ¿Cuáles son los estudios de laboratorio e imagen que deben solicitarse ante un paciente adulto con lumbalgia aguda?</b></p>	<p>No se recomienda solicitar estudios de imagen de manera rutinaria u otros estudios diagnósticos, en pacientes con lumbalgia aguda inespecífica. No se recomienda la realización de pruebas de imagen (radiografía, resonancia magnética y tomografía axial computada) en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma.</p>	<p>No se recomienda la realización de pruebas de imagen (radiografía, RNM, TAC) en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma.</p>
<p><b>Tratamiento no farmacológico</b></p>		
<p><b>4. Es eficaz el reposo en cama como tratamiento de lumbalgia? (considerar la clasificación)</b></p>	<p>En las personas con dolor lumbar agudo el reposo por más de 2 ó 3 días es inefectivo e incluso dañino. No se recomienda reposo en cama. Si la intensidad del dolor lo requiere, será de la menor duración posible. El reposo en cama debe estar limitado a no más de 2 días y únicamente como opción para pacientes con dolor severo con irradiación a miembros pélvicos. El reposo en cama por más de 4 días podría llevar al desacondicionamiento físico y no es recomendado en problemas de lumbalgia aguda.</p>	<p>En pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo no se recomienda reposo en cama. En el caso que el dolor requiera reposo, éste será de la menor duración posible.</p>
<p><b>5. Es eficaz el estar activo como tratamiento de lumbalgia?</b></p>	<p>Se recomienda un retorno temprano a la actividad física normal y la limitación del tiempo de reposo absoluto en cama.</p>	<p>Se recomienda en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo continuar con las actividades de la vida diaria y mantener la actividad, incluyendo la incorporación al trabajo, siempre que el dolor lo permita.</p>

Guía existente	México 2009	España - País Vasco 2007
<b>6. Es eficaz la escuela de espalda como tratamiento de lumbalgia?</b>	NR	Las escuelas de espalda no se recomiendan para pacientes con lumbalgia aguda.
<b>7. ¿Son las fajas/corsés eficaces en el tratamiento de la lumbalgia aguda inespecífica?</b>	Las fajas lumbares no están recomendadas para evitar la aparición del dolor en la lumbalgia. El uso prolongado de fajas de soporte se ha asociado a disminución de la fuerza de contracción concéntrica y excéntrica de los flexores y extensores de columna.	No se recomienda la tracción en pacientes con lumbalgia sin ciática. No se recomiendan las fajas lumbares para la lumbalgia aguda y subaguda.
<b>Tratamiento farmacológico</b>		
<b>8. Es eficaz el paracetamol en el tratamiento de lumbalgia?</b>	Se recomienda la utilización de paracetamol como primera elección en el tratamiento de la lumbalgia aguda y subaguda inespecífica, por su mejor perfil de riesgo/beneficio.	Se recomienda la utilización de paracetamol como primera elección en el tratamiento de la lumbalgia aguda y subaguda inespecífica por su mejor perfil riesgo/beneficio.

Guía existente	México 2009	España - País Vasco 2007
<b>9. Es eficaz el AINE en el tratamiento de lumbalgia?</b>	Cuando el paracetamol es insuficiente para alivio del dolor, un AINE puede ser empleado mientras no haya contraindicación. Se recomienda como fármaco de segunda elección, en el tratamiento de la lumbalgia, el empleo de un AINE durante períodos cortos o en la menor dosis posible. Cualquier AINE es igualmente eficaz en el tratamiento de la lumbalgia.	Los AINE deben considerarse como fármacos de segunda elección, tras el paracetamol, en el tratamiento de la lumbalgia aguda y subaguda. La lumbalgia puede tratarse con AINE durante períodos de tiempo cortos y de forma pautada. Cualquier AINE es igualmente eficaz en el tratamiento de la lumbalgia.
<b>10. Es eficaz el relajante muscular en el tratamiento de lumbalgia?</b>	Se recomienda considerar el uso de relajantes musculares en pacientes con dolor lumbar y espasmo muscular intenso por una duración de 3 a 7 días y no más de 2 semanas.  Si el dolor lumbar agudo persiste tras iniciar tratamiento con paracetamol o AINE a intervalos regulares, se debe valorar la asociación de un relajante muscular de tipo no benzodiázeponico durante un período corto de tiempo.	Si el dolor lumbar agudo persiste tras iniciar el tratamiento con paracetamol o AINE a intervalos regulares, deberá valorarse el asociar un miorrelajante no benzodiazepínico durante un período corto de tiempo.
<b>11. Es eficaz el opiáceo en el tratamiento de lumbalgia?</b>	No se recomienda la administración de opiáceos en la lumbalgia aguda como tratamiento inicial.	En pacientes con lumbalgia aguda que no responden a paracetamol y AINE, pueden utilizarse opiáceos menores de manera pautada.

V. Anexo 5: Evaluación de estrategias de búsqueda por pregunta clínica.

Pregunta 1: ¿Cuál es el diagnóstico y la clasificación de lumbalgia?													
Evaluador: Alejandro Piscoya													
Criterios	Cumple criterios												
	NICE 2009		APS 2009		ICSI 2012		Alemania 2010		México 2009		País Vasco 2007		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Planteamiento de la pregunta según estructura PICO	X			X		X		X		X	X		
Términos de la búsqueda (indexadas y/o libres)	X			X	X			X			X	X	
Número y bases de datos consultadas	Cochrane, DARE, HTA, Pubmed, EMBASE			X	Cochrane, Medline			Cochrane			X	Cochrane, Medline, DARE, PEDro	
La revisión se hizo por pares y de manera independiente	X			X	X			X			X	X	
Idiomas incluidos	inglés					X		X		X	inglés		
Resultado de la evaluación	adecuada		ausente		inadecuada		inadecuada		ausente		adecuada		

Pregunta 2: ¿Cuáles son los criterios (signos de alarma) para derivar a atención especializada al paciente adulto con lumbalgia?												
Evaluador: Alejandro Piscoya												
Criterios	CUMPLE EL CRITERIO											
	NICE 2009		APS 2009		ICSI 2012		Alemania 2010		México 2009		País Vasco 2007	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Planteamiento de la pregunta según estructura PICO	X			X		X		X		X	X	
Términos de la búsqueda (indexadas y/o libres)	X			X	X		X			X	X	
Número y bases de datos consultadas	Cochrane, DARE, HTA, Pubmed, EMBASE			X	Cochrane, Medline		Cochrane			X	Cochrane, Medline, DARE, PEDro	
La revisión se hizo por pares y de manera independiente	X			X	X		X			X	X	
Idiomas incluidos	inglés					X		X		X	inglés	
Resultado de la evaluación	adecuada		ausente		inadecuada		inadecuada				adecuada	

Pregunta 3: ¿Cuáles son los estudios de laboratorio e imagen que deben solicitarse ante un paciente adulto con lumbalgia aguda?												
Evaluador: Alejandro Piscoya												
Criterios	CUMPLE EL CRITERIO											
	NICE 2009		APS 2009		ICSI 2012		Alemania 2010		México 2009		País Vasco 2007	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Planteamiento de la pregunta según estructura PICO	X			X		X		X		X	X	
Términos de la búsqueda (indexadas y/o libres)	X			X	X			X			X	X
Número y bases de datos consultadas	Cochrane, DARE, HTA, Pubmed, EMBASE			X	Cochrane, Medline			Cochrane			X	Cochrane, Medline, DARE, PEDro
La revisión se hizo por pares y de manera independiente	X			X	X			X			X	X
Idiomas incluidos	inglés					X			X		X	inglés
Resultado de la evaluación	adecuada		ausente		inadecuada		inadecuada		ausente		adecuada	

Pregunta 4: ¿Es eficaz el reposo en cama como tratamiento de lumbalgia? (considerar la clasificación)												
Evaluador: Alejandro Piscoya												
Criterios	CUMPLE EL CRITERIO											
	NICE 2009		APS 2009		ICSI 2012		Alemania 2010		México 2009		País Vasco 2007	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Planteamiento de la pregunta según estructura PICO	X			X		X		X		X	X	
Términos de la búsqueda (indexadas y/o libres)	X			X	X			X		X	X	
Número y bases de datos consultadas	Cochrane, DARE, HTA, Pubmed, EMBASE			X	Cochrane, Medline			Cochrane		X	Cochrane, Medline, DARE, PEDro	
La revisión se hizo por pares y de manera independiente	X			X	X			X		X	X	
Idiomas incluidos	inglés					X		X		X	inglés	
Resultado de la evaluación	adecuada		ausente		inadecuada		inadecuada		ausente		adecuada	

Pregunta 5: ¿Es eficaz el estar activo como tratamiento de lumbalgia?												
Evaluador: Alejandro Piscoya												
Criterios	CUMPLE EL CRITERIO											
	NICE 2009		APS 2009		ICSI 2012		Alemania 2010		México 2009		País Vasco 2007	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Planteamiento de la pregunta según estructura PICO	X			X		X		X		X	X	
Términos de la búsqueda (indexadas y/o libres)	X			X	X			X		X	X	
Número y bases de datos consultadas	Cochrane, DARE, HTA, Pubmed, EMBASE			X	Cochrane, Medline			Cochrane		X	Cochrane, Medline, DARE, PEDro	
La revisión se hizo por pares y de manera independiente	X			X	X			X		X	X	
Idiomas incluidos	inglés					X		X		X	inglés	
Resultado de la evaluación	adecuada		ausente		inadecuada		inadecuada		ausente		adecuada	

Pregunta 6: ¿Es eficaz la escuela de espalda y/o la terapia manual como tratamiento de lumbalgia?												
Evaluador: Alejandro Piscoya												
Criterios	CUMPLE EL CRITERIO											
	NICE 2009		APS 2009		ICSI 2012		Alemania 2010		México 2009		País Vasco 2007	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Planteamiento de la pregunta según estructura PICO		X		X		X		X		X	X	
Términos de la búsqueda (indexadas y/o libres)		X		X		X	X			X	X	
Número y bases de datos consultadas		X		X		X	Cochrane			X	Cochrane, Medline, DARE, PEDro	
La revisión se hizo por pares y de manera independiente		X		X		X	X			X	X	
Idiomas incluidos								X			inglés	
Resultado de la evaluación	ausente		ausente		ausente		inadecuada		ausente		adecuada	

Pregunta 6: ¿Es eficaz la escuela de espalda y/o la terapia manual como tratamiento de lumbalgia?												
Evaluador: Alejandro Piscoya												
Criterios	CUMPLE EL CRITERIO											
	NICE 2009		APS 2009		ICSI 2012		Alemania 2010		México 2009		País Vasco 2007	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Planteamiento de la pregunta según estructura PICO		X		X		X		X		X	X	
Términos de la búsqueda (indexadas y/o libres)		X		X		X	X			X	X	
Número y bases de datos consultadas		X		X		X	Cochrane			X	Cochrane, Medline, DARE, PEDro	
La revisión se hizo por pares y de manera independiente		X		X		X	X			X	X	
Idiomas incluidos								X			inglés	
Resultado de la evaluación	ausente		ausente		ausente		inadecuada		ausente		adecuada	

Pregunta 7: ¿Son las fajas/corsés eficaces en el tratamiento de la lumbalgia aguda inespecífica?												
Evaluador: Alejandro Piscoya												
Criterios	CUMPLE EL CRITERIO											
	NICE 2009		APS 2009		ICSI 2012		Alemania 2010		México 2009		País Vasco 2007	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Planteamiento de la pregunta según estructura PICO	X			X		X		X		X	X	
Términos de la búsqueda (indexadas y/o libres)	X			X	X			X		X	X	
Número y bases de datos consultadas	Cochrane, DARE, HTA, Pubmed, EMBASE			X	Cochrane, Medline			Cochrane		X	Cochrane, Medline, DARE, PEDro	
La revisión se hizo por pares y de manera independiente	X			X	X			X		X	X	
Idiomas incluidos	inglés					X		X		X	inglés	
Resultado de la evaluación	adecuada		ausente		inadecuada		inadecuada		ausente		adecuada	

Pregunta 8: ¿Es eficaz el paracetamol en el tratamiento de lumbalgia?												
Evaluador: Alejandro Piscoya												
Criterios	CUMPLE EL CRITERIO											
	NICE 2009		APS 2009		ICSI 2012		Alemania 2010		México 2009		País Vasco 2007	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Planteamiento de la pregunta según estructura PICO	X			X		X		X		X	X	
Términos de la búsqueda (indexadas y/o libres)	X			X	X			X		X	X	
Número y bases de datos consultadas	Cochrane, DARE, HTA, Pubmed, EMBASE			X	Cochrane, Medline			Cochrane		X	Cochrane, Medline, DARE, PEDro	
La revisión se hizo por pares y de manera independiente	X			X	X			X		X	X	
Idiomas incluidos	inglés					X		X		X	inglés	
Resultado de la evaluación	adecuada		ausente		inadecuada		inadecuada		Ausente		adecuada	

Pregunta 9: ¿Es eficaz el AINE en el tratamiento de lumbalgia?												
Evaluador: Alejandro Piscoya												
Criterios	CUMPLE EL CRITERIO											
	NICE 2009		APS 2009		ICSI 2012		Alemania 2010		México 2009		País Vasco 2007	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Planteamiento de la pregunta según estructura PICO	X			X		X		X		X	X	
Términos de la búsqueda (indexadas y/o libres)	X			X	X			X		X	X	
Número y bases de datos consultadas	Cochrane, DARE, HTA, Pubmed, EMBASE			X	Cochrane, Medline			Cochrane		X	Cochrane, Medline, DARE, PEDro	
La revisión se hizo por pares y de manera independiente	X			X	X			X		X	X	
Idiomas incluidos	inglés					X		X		X	inglés	
Resultado de la evaluación	adecuada		ausente		inadecuada		inadecuada		ausente		adecuada	

Pregunta 10: ¿Es eficaz el relajante muscular en el tratamiento de lumbalgia?												
Evaluador: Alejandro Piscoya												
Criterios	CUMPLE EL CRITERIO											
	NICE 2009		APS 2009		ICSI 2012		Alemania 2010		México 2009		País Vasco 2007	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Planteamiento de la pregunta según estructura PICO		X		X		X		X		X	X	
Términos de la búsqueda (indexadas y/o libres)		X		X	X		X			X	X	
Número y bases de datos consultadas		X		X	Cochrane, Medline		Cochrane			X	Cochrane, Medline, DARE, PEDro	
La revisión se hizo por pares y de manera independiente		X		X	X		X			X	X	
Idiomas incluidos						X		X		X	inglés	
Resultado de la evaluación	ausente		ausente		inadecuada		inadecuada		ausente		adecuada	

Pregunta 11: ¿Es eficaz el opiáceo en el tratamiento de lumbalgia?												
Evaluador: Alejandro Piscoya												
Criterios	CUMPLE EL CRITERIO											
	NICE 2009		APS 2009		ICSI 2012		Alemania 2010		México 2009		País Vasco 2007	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Planteamiento de la pregunta según estructura PICO	X			X		X		X		X	X	
Términos de la búsqueda (indexadas y/o libres)	X			X	X			X		X	X	
Número y bases de datos consultadas	Cochrane, DARE, HTA, Pubmed, EMBASE			X	Cochrane, Medline			Cochrane		X	Cochrane, Medline, DARE, PEDro	
La revisión se hizo por pares y de manera independiente	X			X	X			X		X	X	
Idiomas incluidos	inglés					X		X		X	inglés	
Resultado de la evaluación	adecuada		ausente		inadecuada		inadecuada		ausente		adecuada	

VI. **Anexo 6:** Actualización de búsquedas GPC lumbalgia.

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

**Criterios de Elegibilidad de los Estudios**

---

**Tipo de Estudios:** Ensayos clínicos, estudios observacionales tipo cohorte o transversales. Revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.

**Tipo de Participantes**

- Inclusión  
Pacientes de cualquier edad con lumbalgia aguda o subaguda.

**Tipo de Intervenciones**

Evaluación clínica, evaluación de laboratorio.

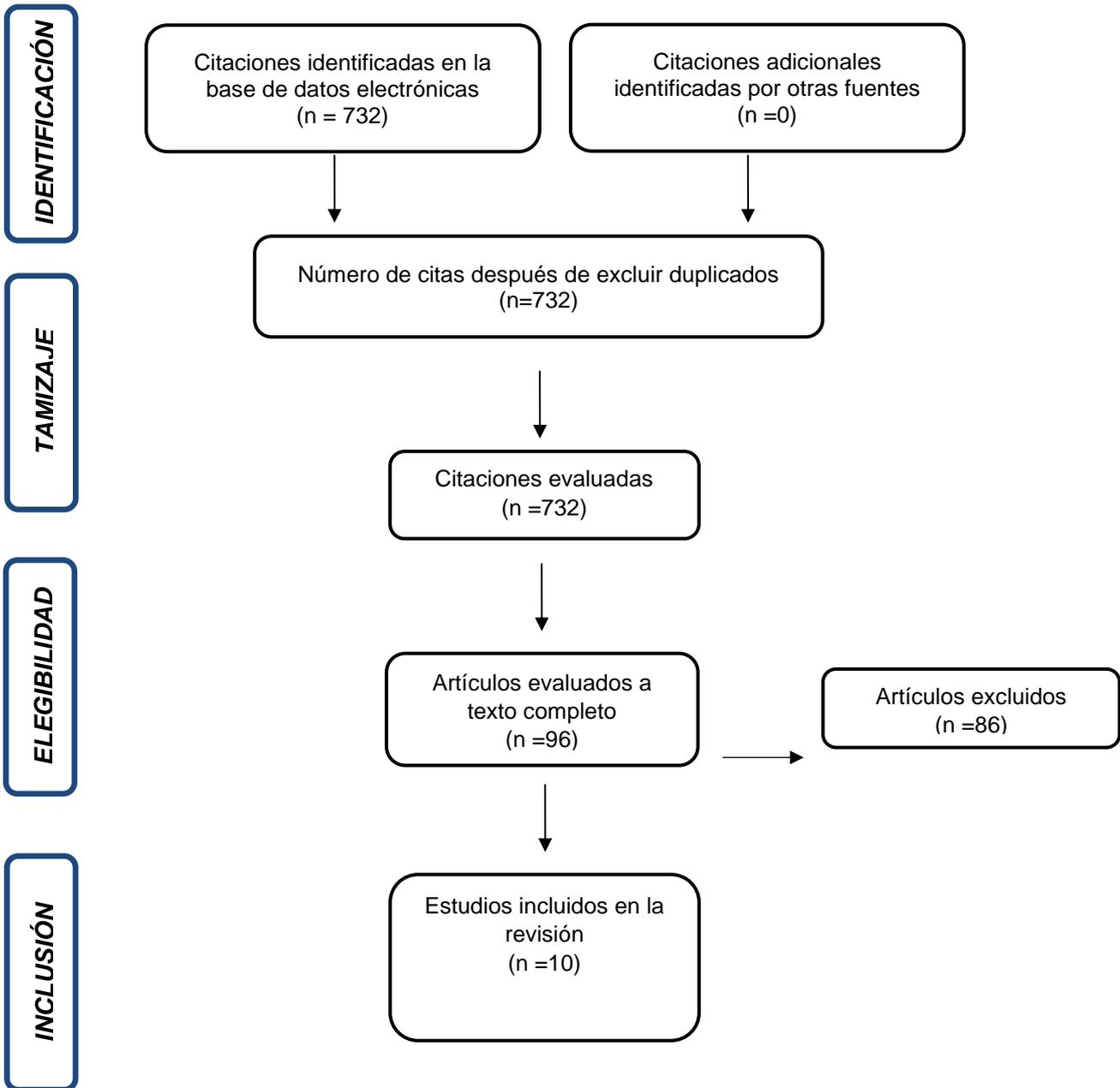
**Tipo de desenlaces**

- Desenlaces críticos  
Sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo y coeficientes de probabilidad positivo y negativo de sospecha de lumbalgia.
-

**Método de búsqueda de acuerdo a base de dato biomédica.**

Base de datos	Términos de búsqueda
MEDLINE/EMBASE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. low back pain.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]</li> <li>2. BACKACHE.ti,ab.</li> <li>3. 1 or 2</li> <li>4. limit 3 to yr="2008 -Current"</li> <li>5. severity.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]</li> <li>6. classification.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]</li> <li>7. 5 or 6</li> <li>8. diagnosis.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]</li> <li>9. 4 and 7 and 8</li> </ol>

Flujograma del proceso de selección de estudios



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

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/ exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Almeida-Matos M 2008</b>	Descriptivo	Lumbalgia	MRI	NA	Kappa	Identificación de alteraciones el índice Kappa 0,56 (96,7% de sensibilidad y 59,3 % de especificidad).
<b>Balague F 2012</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia	NA	NA	NA	NA
<b>Borenstein D 2013</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia	NA	NA	NA	NA
<b>Casazza BA 2012</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia	NA	NA	NA	NA
<b>Cowen R 2015</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia	NA	NA	NA	NA
<b>Duffy RL 2010</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia	NA	NA	NA	NA
<b>Hamilton J 2009</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia aguda	NA	NA	NA	NA
<b>Jones LD 2014</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia en el anciano	NA	NA	NA	NA

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/ exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Negrini S 2008</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia	NA	NA	NA	NA
<b>Rubinstein SM 2008</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia aguda	NA	NA	NA	NA

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

### **Criterios de Elegibilidad de los Estudios**

---

**Tipo de Estudios:** Ensayos clínicos, estudios observacionales tipo cohorte o transversales. Revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.

### **Tipo de Participantes**

- Inclusión  
Pacientes de cualquier edad con lumbalgia aguda o subaguda.

### **Tipo de Intervenciones**

Criterios clínicos, criterios de confirmación diagnóstica.

### **Tipo de desenlaces**

- Desenlaces críticos  
Sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo y coeficientes de probabilidad positivo y negativo de confirmación de lumbalgia
-

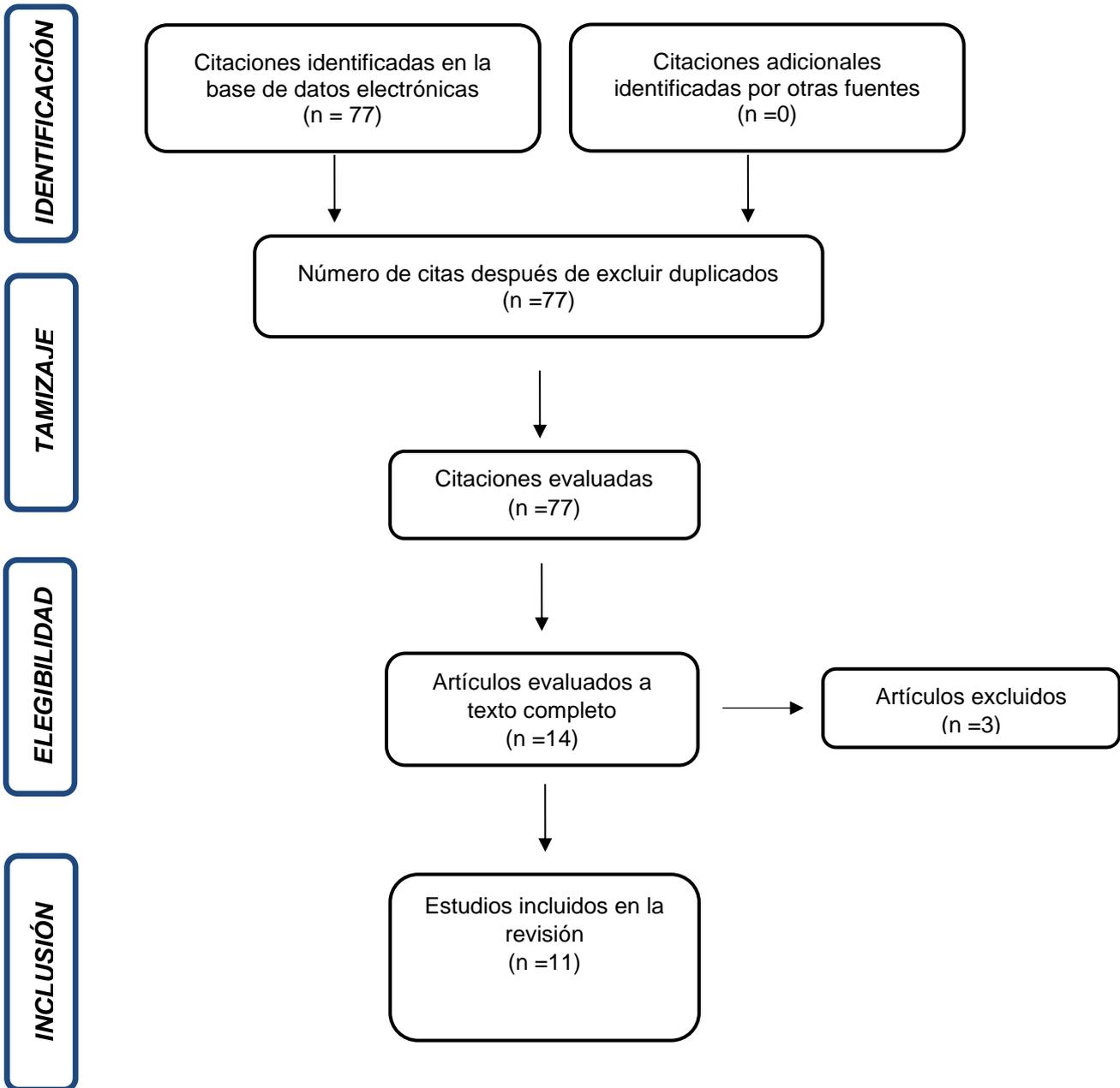
**Método de búsqueda de acuerdo a base de dato biomédica.**

---

<b>Base de datos</b>	<b>Términos de búsqueda</b>
MEDLINE/EMBASE	<ol style="list-style-type: none"><li>1. low back pain.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]</li><li>2. BACKACHE.ti,ab.</li><li>3. 1 or 2</li><li>4. limit 3 to yr="2008 -Current"</li><li>5. alarm signs.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]</li><li>6. red flags.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]</li><li>7. 5 or 6</li><li>8. 4 and 7</li><li>9. diagnosis.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]</li><li>10. 8 and 9</li></ol>

---

Flujograma del proceso de selección de estudios



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

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Casazza, B. A. 2012</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia aguda	NA	NA	NA	NA
<b>Duffy, R. L. 2010</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia. No especificación de tipo, información de signos de alarma	NA	NA	NA	NA
<b>Finucane, L. 2011</b>	Estudio transversal, resumen	Enfermedad de columna vertebral metastásica	Presencia de signos de alarma en pacientes con enfermedad de la columna vertebral metastásica	NA	NA	Se identificaron 20 pacientes (0.5%) con enfermedad seria de la columna vertebral, 65% fallaron al tratamiento conservador. 50% tuvieron historia de cáncer
<b>Henschke, N. 2008</b>	Revisión sistemática	Lumbalgia sin especificación y trauma lumbar (n=7147). 424 pacientes con fractura vertebral	Presencia de signos de alerta	Diagnóstico por imágenes	Fractura vertebral	Edad>50 años: LR+=2.2, LR-=0.34 Sexo mujer: LR+=2.3, LR-=0.67 Trauma mayor: LR+=12.8, LR-=0.37 Dolor: LR+=6.7, LR-=0.44 Lesión dolorosa distractora: LR+=1.7, LR-=0.78
<b>Henschke, Nicholas 2013</b>	Revisión sistemática Cochrane	10 estudios (n=7631 pacientes con lumbalgia)	Presencia de signos de alerta	TAC, RMN, mielografía	Malignidad de la columna vertebral	Debido al número limitado de estudios y la heterogeneidad clínica, no se realizó la estimación conjunta de la precisión diagnóstica
<b>Korner, H. 2014</b>	Serie de casos	5 pacientes con lumbalgia	NA	NA	Causas específicas de lumbalgia	NA

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/ exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Raison, Nicholas Tobias Johannes 2014</b>	Cohorte retrospectiva	Lumbalgia aguda (n=206)	Presencia de signos de alerta	RMN	Compresión de la médula, cauda equina	<b>Disfunción vesical o intestinal:</b> LR=2.45, sensibilidad=0.65, especificidad=0.73 <b>Alteración de la sensibilidad en silla de montar:</b> LR=2.11 sensibilidad=0.27 especificidad=0.87 <b>Ambos:</b> LR=3.46 sensibilidad=0.27 especificidad=0.92
<b>Ross, Michael D. 2010</b>	Editorial	Lumbalgia aguda	NA	NA	NA	NA
<b>Valle Calvet, M. 2010</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia aguda, subaguda y crónica	NA	NA	NA	NA
<b>Williams, C. M. 2013</b>	Revisión sistemática Cochrane	8 estudios (cuatro en atención primaria con 4671 pacientes, un estudio en atención secundaria con 1448 pacientes, 3 estudios de atención terciaria con 1259 pacientes). Pacientes con lumbalgia que acudieron a atención primaria, secundaria y terciaria	Presencia de signos de alerta	Diagnóstico por imágenes	Fractura de columna vertebral	<b>Atención primaria:</b> trauma importante LR+ =3.42 a 12.85 edad mayor: LR+ =3.69 a 9.39 uso de corticoesteroides: LR+=3.97 a 48.5 <b>Atención terciaria:</b> contusión/abrasión: LR+=31.09 (IC 95% 18.25- 52.96)

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/ exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
Fournier, N. 2015	No disponible					

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

### **Criterios de Elegibilidad de los Estudios**

---

**Tipo de Estudios:** Ensayos clínicos, estudios observacionales tipo cohorte o transversales. Revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.

### **Tipo de Participantes**

- Inclusión  
Pacientes de cualquier edad con lumbalgia aguda o subaguda.

### **Tipo de Intervenciones**

Métodos diagnósticos

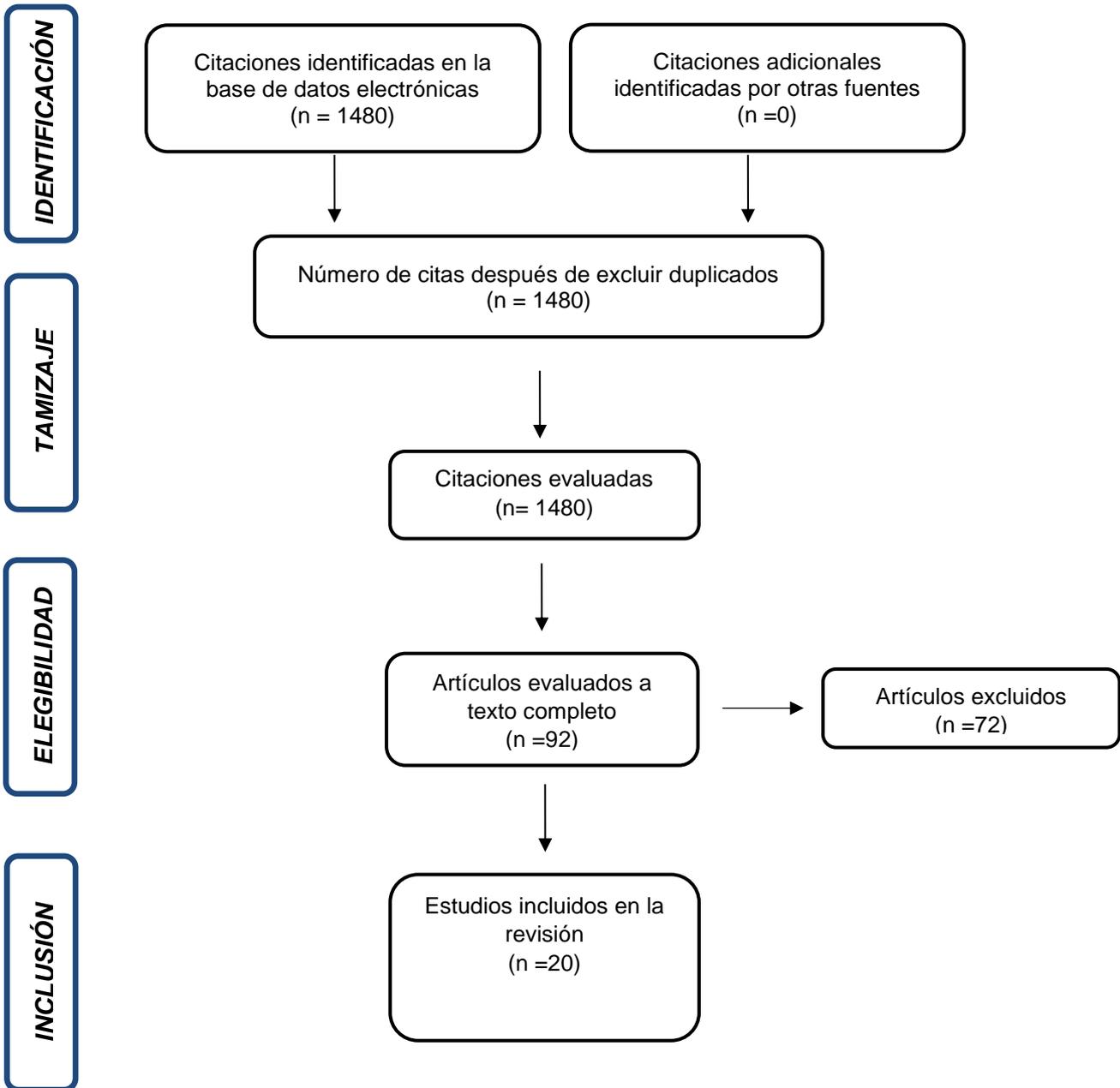
### **Tipo de desenlaces**

- Desenlaces críticos  
Sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo y coeficientes de probabilidad positivo y negativo de dolor, discapacidad funcional, días laborales perdidos, entre otros.
-

Método de búsqueda de acuerdo a base de dato biomédica.

Base de datos	Términos de búsqueda
MEDLINE/EMBASE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. low back pain.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]</li> <li>2. BACKACHE.ti,ab.</li> <li>3. 1 or 2</li> <li>4. limit 3 to yr="2008 -Current"</li> <li>10. laboratory.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]</li> <li>11. imaging.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]</li> <li>12. mri.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]</li> <li>13. x ray.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]</li> <li>14. ct scan.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]</li> <li>15. 11 or 12 or 13 or 14</li> <li>16. 10 or 15</li> <li>17. 4 and 16</li> <li>18. limit 17 to "diagnosis (best balance of sensitivity and specificity)"</li> </ol>

Flujograma del proceso de selección de estudios



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

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Almeida-Matos M 2008</b>	Descriptivo	Lumbalgia	MRI	NA	Kappa	Identificación de alteraciones el índice Kappa 0,56 (96,7% de sensibilidad y 59,3 % de especificidad).
<b>Balague F 2012</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia	NA	NA	NA	NA
<b>Chou R 2011</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia	NA	NA	NA	NA
<b>Chou R 2012</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia	NA	NA	NA	NA
<b>Crownover BK 2013</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia aguda	NA	NA	NA	NA
<b>Endean A 2011</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia	MRI	NA	NA	NA
<b>Friedman BW 2010</b>	Cohorte	Lumbalgia	Rx, TAC, MRI	NA	NA	30.5% Rx – 9.6% TAC – 3.2% MRI
<b>Graves J 2012</b>	Cohorte	Lumbalgia aguda	MRI	NA	NA	18.6% MRI – no asociado a mejor desenlace

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
Heidari P 2015	Revisión narrativa	Lumbalgia	MRI, ecografía	NA	NA	NA
Hilal K 2013	Cohorte	Lumbalgia aguda	MRI protocolo limitado (axial T2 and sagittal T2-weighted images)	MRI de rutina	Exactitud diagnóstica, sensibilidad, especificidad	100% en todo para protocolo limitado
Majumdar S 2011	Revisión narrativa	Lumbalgia	MRI	NA	NA	NA
Manchikanti L 2010	Revisión narrativa	Lumbalgia	Técnicas invasivas	NA	NA	NA
Manusov EG 2012	Revisión narrativa	Lumbalgia	NA	NA	NA	NA
Maus T 2010	Revisión narrativa	Lumbalgia	NA	NA	NA	NA
Ract I 2015	Revisión narrativa	Lumbalgia aguda	MRI	NA	NA	NA
Roudsari B 2010	Revisión narrativa	Lumbalgia aguda	MRI	NA	NA	NA

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Rubinstein SM 2008</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia aguda	MRI/TAC	NA	NA	NA
<b>Tawackoli W 2015</b>	Prueba diagnóstica	Lumbalgia aguda	MRI pH	Discografía	T test	Estudio preliminar (6 pacientes), diferencia significativa
<b>Van Rijn RM 2012</b>	Revisión sistemática (caso control/cohorte)	Lumbalgia	TAC	MRI/Hallazgo cirugía	LR	LR + 2.94 (2.12–4.09) LR - 0.31 (0.22–0.43)
<b>Wassenaar M 2012</b>	Revisión sistemática (caso control/cohorte)	Lumbalgia	MRI	cirugía	LR, Sn, Sp	HNP LR+ 3.30 (95% CI 1.76–6.21), LR- 0.33 (95% CI 0.21–0.50) HNP compresión y Estenosis espinal Sn alta Sp baja

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

### **Criterios de Elegibilidad de los Estudios**

---

**Tipo de Estudios:** Ensayos clínicos, estudios observacionales tipo cohorte o transversales. Revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.

#### **Tipo de Participantes**

- Inclusión  
Pacientes de cualquier edad con lumbalgia.

#### **Tipo de Intervenciones**

Reposo en cama.

#### **Tipo de desenlaces**

- Desenlaces críticos  
Dolor  
Discapacidad  
Estado funcional
  - Desenlaces importantes  
Reacciones adversas
-

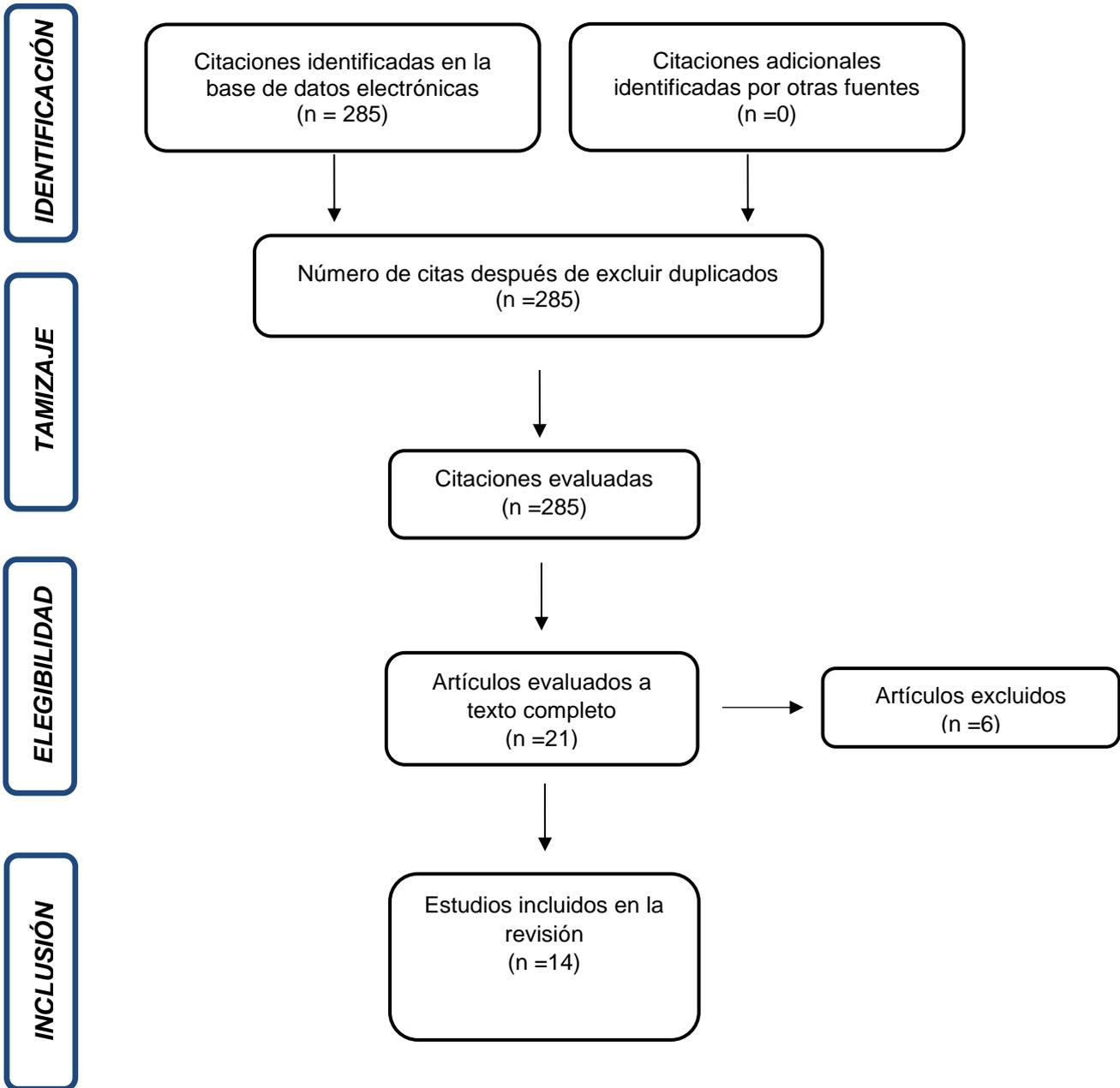
**Método de búsqueda de acuerdo a base de dato biomédica.**

---

<b>Base de datos</b>	<b>Términos de búsqueda</b>
MEDLINE/EMBASE	<ol style="list-style-type: none"><li>1. low back pain.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]</li><li>2. BACKACHE.ti,ab.</li><li>3. 1 or 2</li><li>4. limit 3 to yr="2008 -Current"</li><li>11. bed rest.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]</li><li>12. 4 and 11</li></ol>

---

Flujograma del proceso de selección de estudios



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

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Bach, S. M. 2009</b>	Comentario de la guía: "Management of acute low back pain published by Michigan Quality Improvement Consortium	Lumbalgia aguda	NA	NA	NA	NA
<b>Brighton, S. W. 2012</b>	Revisión Narrativa	Lumbalgia Aguda, subaguda y crónica	NA	NA	NA	NA
<b>Brighton, S. W. 2013</b>	Revisión Narrativa	Lumbalgia Aguda, subaguda y crónica	NA	NA	NA	NA
<b>Dahm, Kristin Thuve 2010</b>	Revisión sistemática Cochrane	Lumbalgia aguda o ciática 3 ECA (n=931)	Permanecer en cama	Estar activos Otros tratamientos	Dolor, estado funcional específico de la espalda, incapacidad general, calidad de vida y eventos adversos	Pequeña o ninguna diferencia entre ejercicios, consejo de permanecer en cama o permanecer activo en los pacientes con lumbalgia aguda
<b>Friedman, B. W. 2015</b>	Resumen de revisión sistemática	Lumbalgia aguda y subaguda	Manipulación de la columna, masajes, ejercicios o yoga	Tratamiento estándar	Dolor, estado funcional	Para los pacientes con lumbalgia no radicular agudo, ni la manipulación ni los ejercicios

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/ exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
			combinado con tratamiento estándar			mejoran los desenlaces más que la terapia médica sola
<b>Mc Intosh, Greg 2011</b>	Revisión sistemática	Lumbalgia aguda y subaguda	Tratamientos no médicos	placebo	Alivio del dolor	Mejoría de síntomas: comparado con el consejo de permanecer activo, el reposo en cama es menos efectivo en reducir el dolor a las 3 a 12 semanas post episodio (moderada calidad de evidencia). Mejoría funcional: comparado con el consejo de permanecer activo, el reposo en cama es menos efectivo en resultados de mejoría funcional a las 3 a 12 semanas post episodio (moderada calidad de evidencia). Tres días y siete días de reposo en cama pueden ser igualmente efectivos en reducir la intensidad del dolor (baja calidad de evidencia). Regreso a trabajar: comparado con el consejo de permanecer activo, el reposo en cama parece menos efectivo en reducir la baja por enfermedad inicial y la baja por enfermedad a las 3 a 4 semanas y a las 12 semanas en

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/ exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
						personas con lumbalgia aguda (moderada calidad de evidencia). Reposo en cama ha sido asociado con rigidez articular, pérdida muscular, pérdida de densidad mineral ósea, úlceras de presión y tromboembolismo venoso.
<b>Koes, Bart W. 2010</b>	Revisión Narrativa	Lumbalgia aguda, subaguda y crónica	NA	NA	NA	NA
<b>Latorre Marques, E. 2008</b>	Revisión Narrativa					Recomienda evitar el reposo en cama y mantener el mayor grado posible de actividad física.
<b>Scott, N. A. 2010</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia aguda y crónica	NA	NA	NA	NA
<b>Sprouse, R. 2012</b>	Revisa las recomendaciones de la GPC conjunta del Colegio Americano de Médicos y la Sociedad Americana del dolor	Lumbalgia aguda y crónica	NA	NA	NA	NA
<b>Verbunt, Jeanine A. 2008</b>	Cohorte prospectiva	282 pacientes con lumbalgia aguda o subaguda	NA	NA	Duración del reposo en cama, discapacidad	33% (92 pacientes) reportaron reposo en cama por lumbalgia y el 67% no hizo reposo en cama.

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
						69 pacientes: reposo en cama por menos de 4 días (corto) y 23: reposo por más de 4 días (prolongado) Al año de seguimiento, los pacientes que hicieron reposo prolongado en cama tuvieron una puntuación de incapacidad mayor a los que reposaron en cama o los que reposaron por corto tiempo
<b>Yuen, N. Y. K. 2010</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia aguda	NA	NA	NA	NA
<b>Zanni, G. R. 2011</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia aguda	NA	NA	NA	NA
<b>Koes, B. 2010</b>	Revisión narrativa de GPC	Lumbalgia aguda, subaguda y crónica	NA	NA	NA	NA

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

**Criterios de Elegibilidad de los Estudios**

---

**Tipo de Estudios:** Ensayos clínicos, estudios observacionales tipo cohorte o transversales. Revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.

**Tipo de Participantes**

- Inclusión  
Pacientes de cualquier edad con lumbalgia aguda o subaguda.

**Tipo de Intervenciones**

Ejercicio

Actividad física

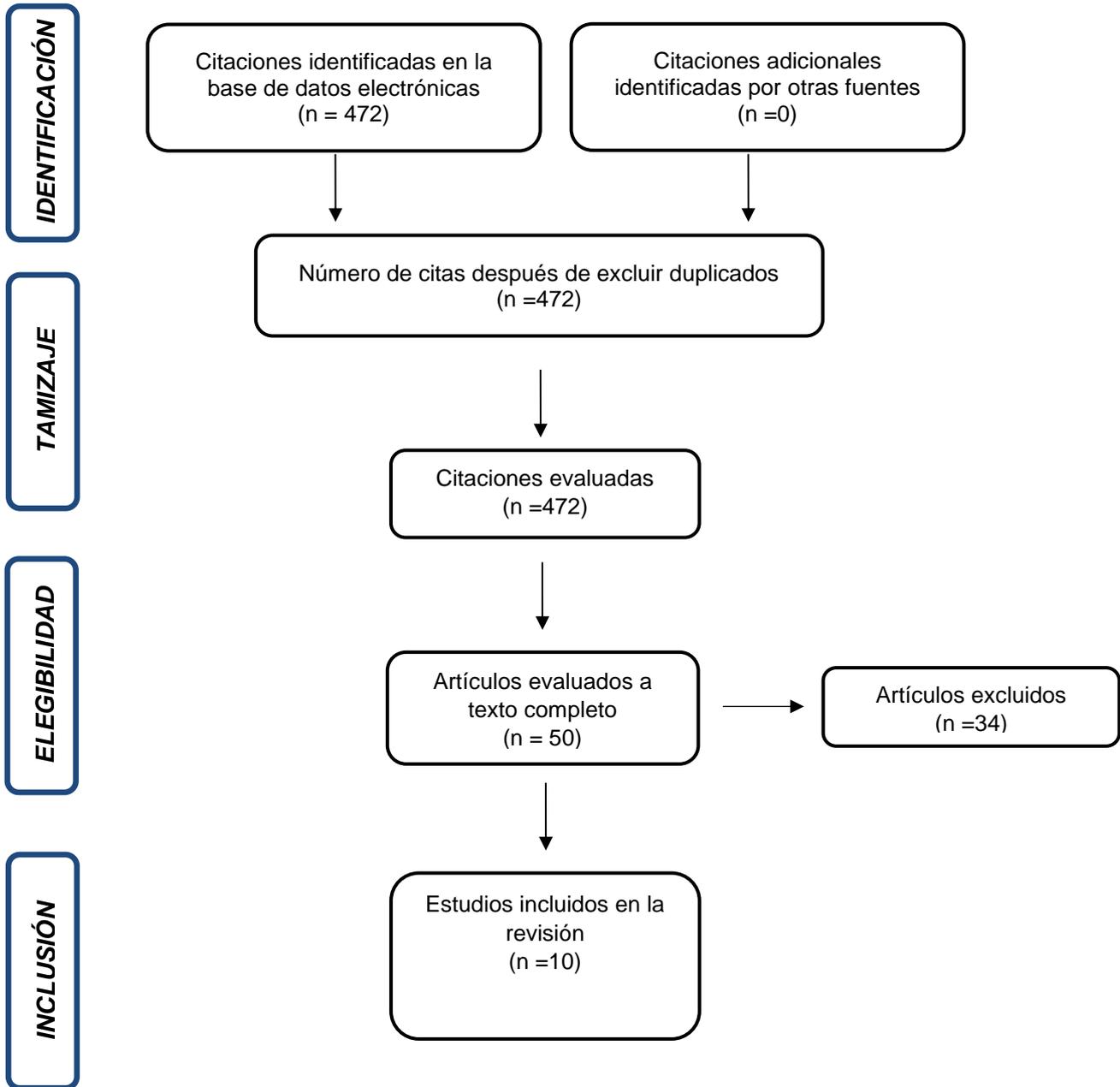
**Tipo de desenlaces**

- Desenlaces críticos  
Dolor  
Discapacidad  
Estado funcional
  - Desenlaces importantes  
Reacciones adversas
-

**Método de búsqueda de acuerdo a base de dato biomédica.**

Base de datos	Términos de búsqueda
MEDLINE/EMBASE	1. low back pain.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]
	2. BACKACHE.ti,ab.
	3. 1 or 2
	4. limit 3 to yr="2008 -Current"
	19. EXERCISE.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]
	20. MOTOR-ACTIVITY.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]
	21. (EXERCISE adj THERAPY).ti,ab.
	22. EXERCIS\$3.ti,ab.
	23. (PHYSICAL\$2 adj (ACTIVE or ACTIVITY or ACTIVITIES)).ti,ab.
	24. 19 or 20 or 21 or 22 or 23
	25. (PRESCRIBE\$2 or PRESCRIPTION\$2).ti,ab.
	26. (SUGGEST\$2 or SUGGESTION\$2).ti,ab.
	27. COUNSEL\$4.ti,ab.
	28. INFORMATION.ti,ab.
	29. RECOMMEND\$5.ti,ab.
	30. ADVOCATE.ti,ab.
	31. 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30
	32. 4 and 24 and 31
	33. limit 32 to "therapy (best balance of sensitivity and specificity)"

Flujograma del proceso de selección de estudios



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

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/ pacientes	Intervención/ exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Aboagye E 2015</b>	Costo-efectividad	lumbalgia	Yoga médico (Kundalini based)	Ejercicio/autocuidado	HRQL score	No diferencia en HRQL score. Costo incremental -206 € vs ejercicio. ICER 4984€ vs autocuidado
<b>Aluko A 2013</b>	ECA	Lumbalgia aguda	Core stabilization	ejercicio	LMM, Lumbar Motion Monitor; RMDQ, Roland Morris Disability Questionnaire; VAS, visual analog scale.	No diferencia significativa
<b>Dahm KT 2010</b>	Revisión sistemática	Lumbalgia aguda	Estar activo	Reposo en cama	Dolor/estado funcional	standardized mean differences (SMD) 0.29 (95% CI: 0.09 to 0.49) a favor de estar activo
<b>Fritz JM 2015</b>	ECA	Lumbalgia	Terapia física temprana	Tratamiento usual	Oswestry Disability Index	(mean difference, -3.2 [95% CI, -5.9 to -0.47], P = .02). a 3 meses, no diferencia al año
<b>Hagen EM 2010</b>	ECA	Lumbalgia aguda	ejercicio	Tratamiento usual	Roland Morris disability score	No diferencia
<b>Hidalgo B 2014</b>	Revisión sistemática	Lumbalgia aguda /subaguda	Terapia física o ejercicio	Tratamiento usual	Dolor, función, salud global, calidad de vida	Evidencia moderada/limitada a favor de terapia física + ejercicio
<b>Matsudaira K 2015</b>	No encontrado					
<b>Oesch P 2011</b>	Revisión sistemática	lumbalgia	ejercicio	Terapia usual	Discapacidad para el trabajo	A favor para el largo plazo (OR= 0.66, 95% CI 0.48–0.92).

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/ pacientes	Intervención/ exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Van der Giessen RN 2012</b>	Revisión sistemática	lumbalgia	Graded activity	Terapia usual o lista de espera	Escalas de discapacidad/dolor	No diferencia
<b>Yamato TP 2015</b>	Revisión sistemática	lumbalgia	Pilates	Intervención mínima	Dolor/discapacidad/percepción de recuperación/calidad de vida	Dolor vs intervención mínima (baja calidad) (mean difference (MD) -14.05, 95% confidence interval (CI) -18.91 to -9.19; P value <0.001) Discapacidad vs intervención mínima (baja calidad) (MD -7.95, 95% CI -13.23 to -2.67; P value = 0.003)

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

### **Criterios de Elegibilidad de los Estudios**

---

**Tipo de Estudios:** Ensayos clínicos, estudios observacionales tipo cohorte o transversales. Revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.

### **Tipo de Participantes**

- Inclusión  
Pacientes de cualquier edad con lumbalgia.

### **Tipo de Intervenciones**

Escuela de la espalda

### **Tipo de desenlaces**

- Desenlaces críticos  
Dolor  
Discapacidad  
Estado funcional
  - Desenlaces importantes  
Reacciones adversas
-

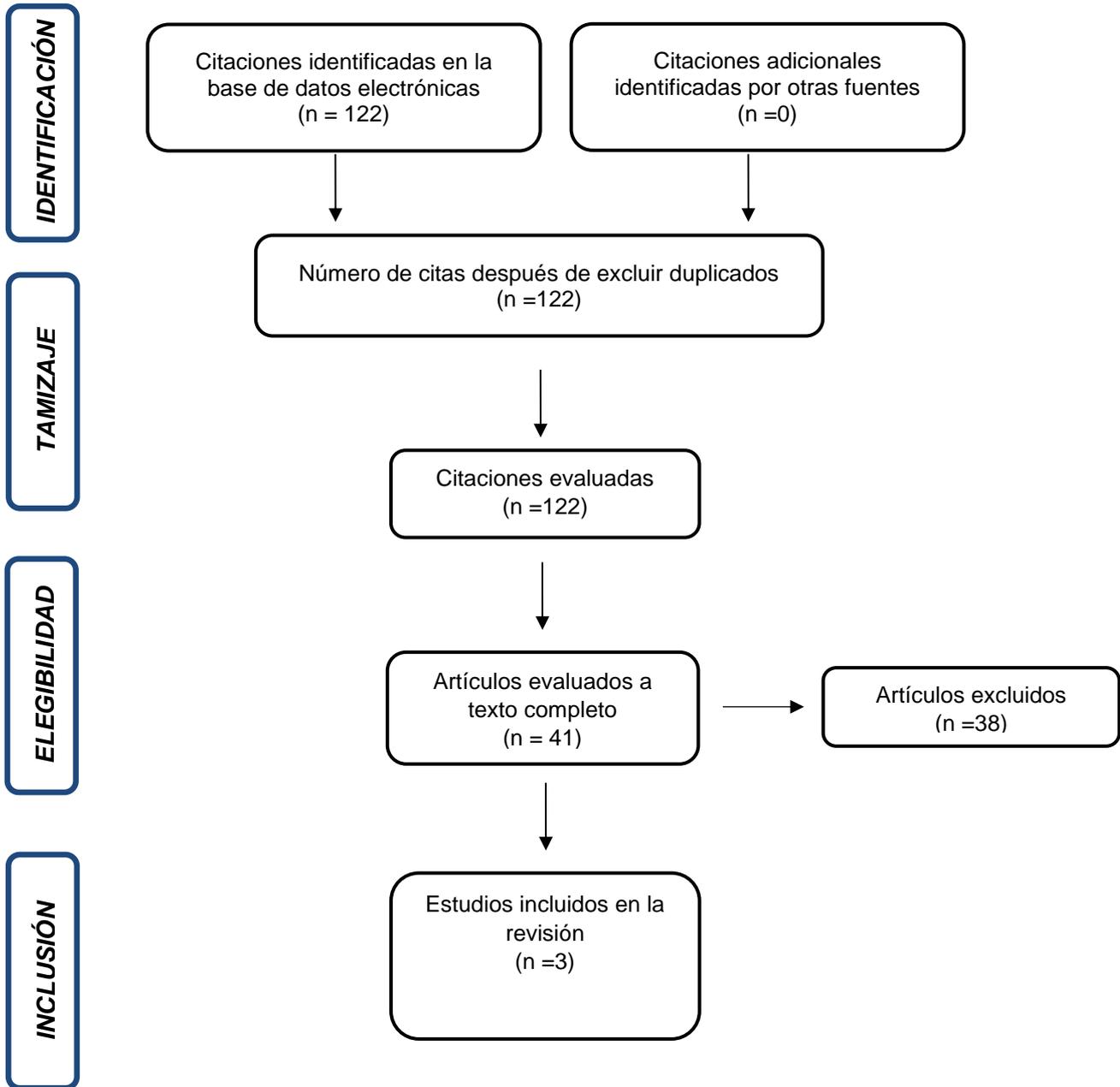
**Método de búsqueda de acuerdo a base de dato biomédica.**

---

<b>Base de datos</b>	<b>Términos de búsqueda</b>
MEDLINE/EMBASE	<ol style="list-style-type: none"><li>1. low back pain.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]</li><li>2. BACKACHE.ti,ab.</li><li>3. 1 or 2</li><li>4. limit 3 to yr="2008 -Current"</li></ol> <ol style="list-style-type: none"><li>13. (back school or back schools or back school program).mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]</li><li>14. 4 and 13</li></ol>

---

Flujograma del proceso de selección de estudios



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

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/ exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Hidalgo B 2014</b>	Revisión sistemática	Lumbalgia aguda/subaguda	Manipulación Movilización y técnica de tejido blando	Sham / tratamiento usual	Dolor, Función, Calidad de vida	Evidencia fuerte para manipulación Evidencia moderada para Movilización
<b>Poquet N 2015</b>	Revisión sistemática	Lumbalgia aguda/subaguda	Escuela de la espalda	Placebo, otras terapias	Dolor, discapacidad	Muy baja calidad de evidencia, no más efectiva que placebo
<b>Tutzschke, R. 2014</b>	Cohortes con grupo control (apareado por la edad e IMC)	56 pacientes con lumbalgia 56 pacientes sanos	Escuela de la espalda (back school)	NA	electromiografía	Al inicio: diferencias en tests estático: 18% y test dinámicos 6% Al finalizar la escuela no se detectaron cambios relevantes A los 12 meses: las diferencias entre los grupos disminuyeron entre un tercio y el 12%

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

### **Criterios de Elegibilidad de los Estudios**

---

**Tipo de Estudios:** Ensayos clínicos, estudios observacionales tipo cohorte o transversales. Revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.

### **Tipo de Participantes**

- Inclusión  
Pacientes de cualquier edad con lumbalgia.

### **Tipo de Intervenciones**

Faja, corsé, tracción.

### **Tipo de desenlaces**

- Desenlaces críticos  
Dolor  
Discapacidad  
Estado funcional
  - Desenlaces importantes  
Reacciones adversas
-

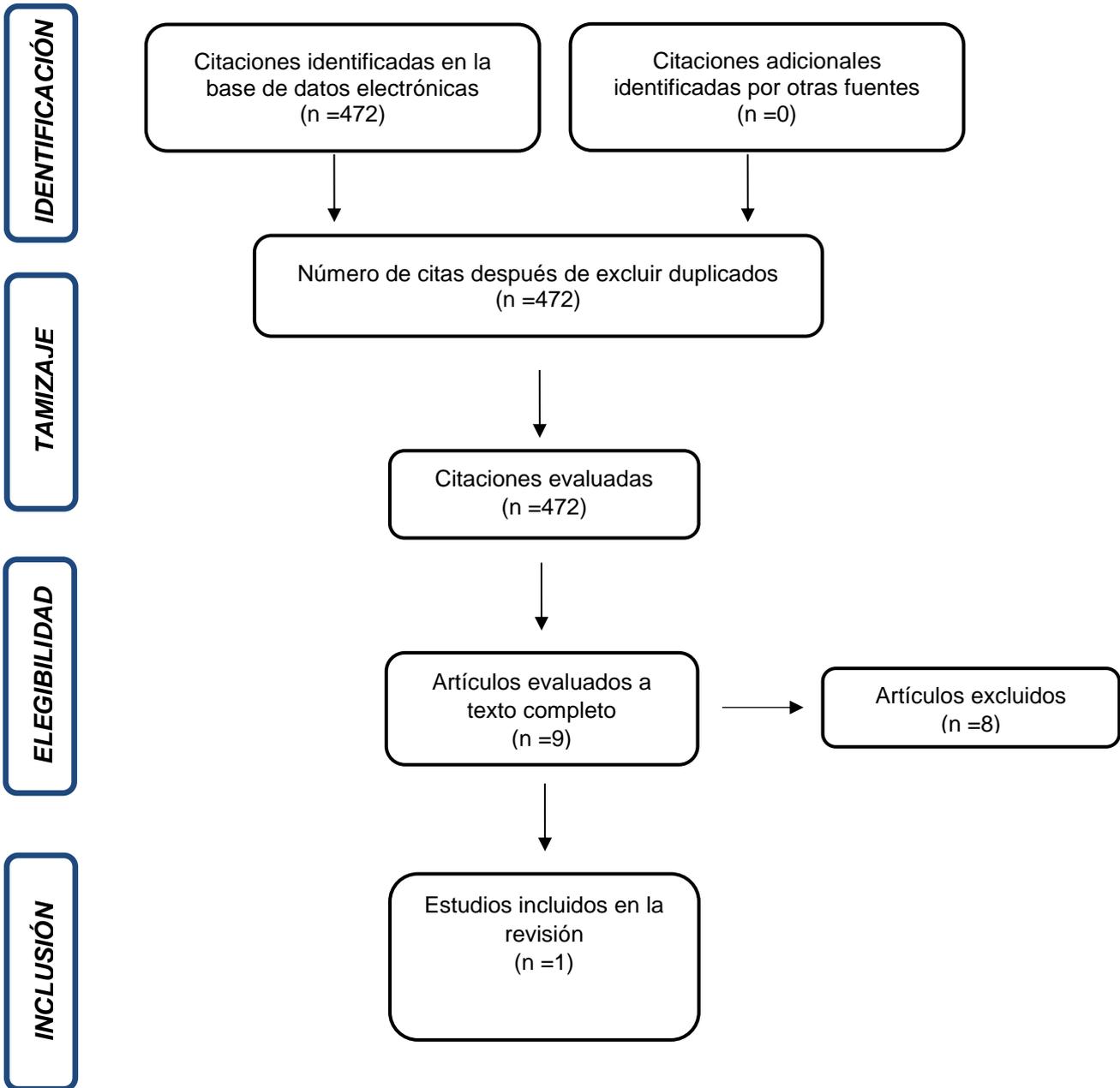
**Método de búsqueda de acuerdo a base de dato biomédica.**

---

<b>Base de datos</b>	<b>Términos de búsqueda</b>
	1. low back pain.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]
	2. BACKACHE.ti,ab.
	3. 1 or 2
	4. limit 3 to yr="2008 -Current"
MEDLINE/EMBASE	20. TRACTION.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]
	21. TRACTION.ti,ab.
	22. 20 or 21
	23.4 and 22

---

Flujograma del proceso de selección de estudios



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

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Calmels P 2009</b>	ECA	Lumbalgia subaguda	Lumbar belt	Tratamiento habitual	Escala Funcional EIFEL Escala VAS dolor Consumo de analgésicos	EIFEL score se redujo entre días 0 y 90 (7.6 ± 4.4 vs. de 6.1 ± 4.7; P =0.023) VAS se redujo 41.5 ± 21.4 vs. 32.0 ± 20; P = 0.002 Consumo de analgésicos D90:34.3% vs 56.8% CG; P = 0.002

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

**Criterios de Elegibilidad de los Estudios**

---

**Tipo de Estudios:** Ensayos clínicos, estudios observacionales tipo cohorte o transversales. Revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.

**Tipo de Participantes**

- Inclusión  
Pacientes de cualquier edad con lumbalgia.

**Tipo de Intervenciones**

Paracetamol

**Tipo de desenlaces**

- Desenlaces críticos  
Dolor  
Discapacidad  
Estado funcional
  - Desenlaces importantes  
Reacciones adversas
-

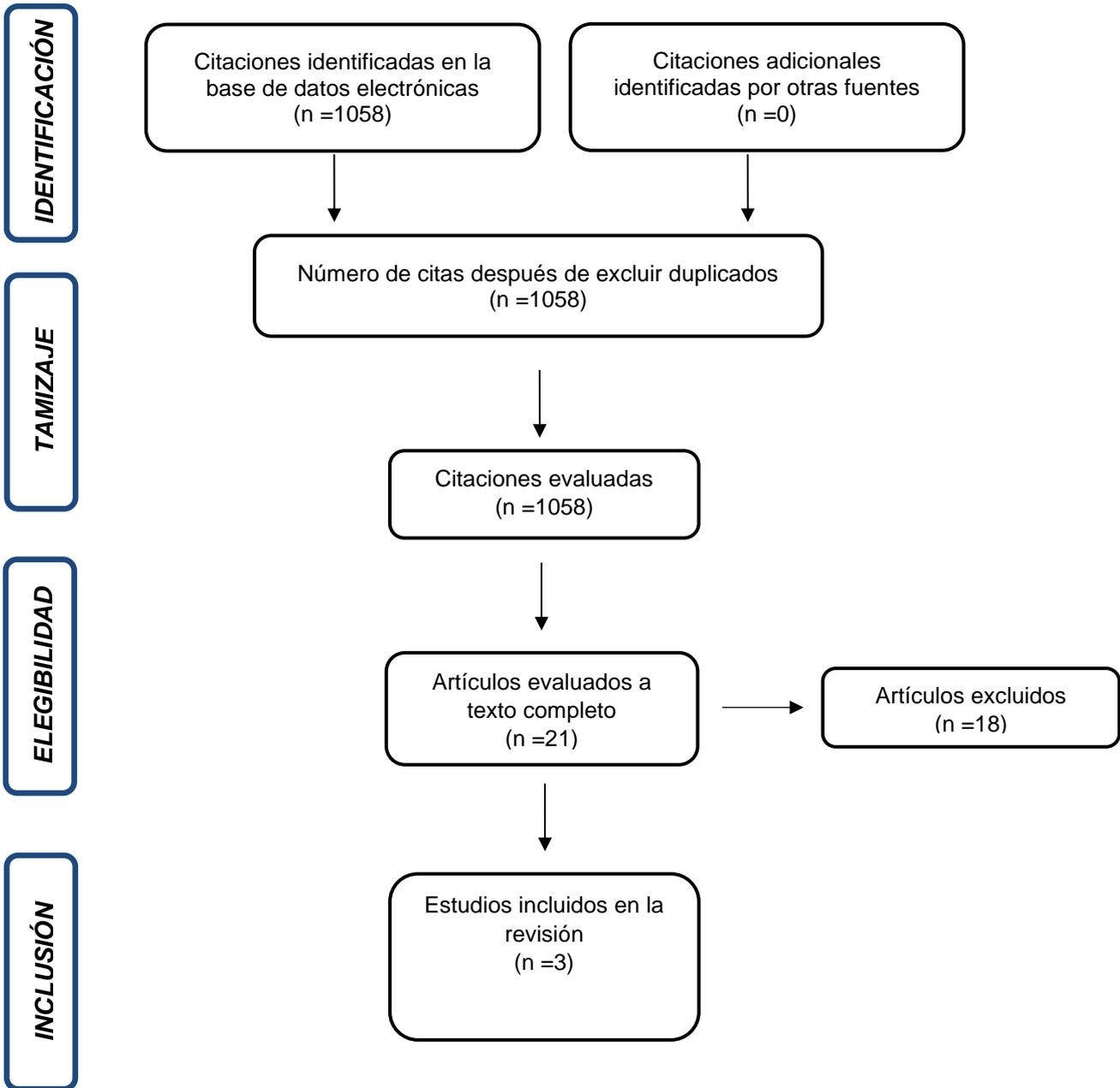
Método de búsqueda de acuerdo a base de dato biomédica.

---

Base de datos	Términos de búsqueda
	1. low back pain.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]
	2. BACKACHE.ti,ab.
	3. 1 or 2
	4. limit 3 to yr="2008 -Current"
MEDLINE/EMBASE	15. paracetamol.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]
	16. acetaminophen.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]
	17. 15 or 16
	18. 4 and 17

---

Flujograma del proceso de selección de estudios



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

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Davies, Reece A. 2008</b>	Revisión sistemática	Lumbalgia aguda y crónica	Paracetamol	Placebo Otro tratamiento	Dolor Discapacidad	Ensayos pequeños y de baja calidad. No hay evidencia suficiente para evaluar la eficacia de paracetamol en pacientes con lumbalgia.
<b>Lasko, Ben 2012</b>	ECA	Lumbalgia aguda 273 pacientes	75 mg de tramadol/650 mg de paracetamol. Liberación prolongada dos veces al día	placebo	Diferencia de la suma de intensidad del dolor en 50 horas (SPID50) Puntuación total del alivio del dolor en 50h (TOTPAR50)	<b>SPID50 (mediana)</b> Intervención: -6.0 Placebo: -4 (p=0.038)  <b>TOTPAR50 (mediana)</b> Intervención: 13.0 Placebo: 11.0 (p=0.026)
<b>Williams, C. M. 2014</b>	ECA	Lumbalgia aguda A (550 pacientes) B (549 pacientes) Placebo (553 pacientes)	<b>A:</b> 4 semanas de paracetamol dosis regular (3v/día. Equivalente a 3990 mg paracetamol al día) <b>B:</b> dosis necesarias para alivio del dolor de paracetamol (máximo 4000 mg/día)	Placebo	Tiempo hasta la recuperación sostenida por 7 días consecutivos (recuperación cuando la puntuación del dolor es 0 ó 1 de una escala de 0 a 10)	Mediana del tiempo de recuperación A: 17 días (IC 95% 14-19) B: 17 días (IC 95% 15-20) Placebo: 16 días (IC 95% 14-20)  Diferencia entre los grupos (p ajustado=0.79)

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

**Criterios de Elegibilidad de los Estudios**

---

**Tipo de Estudios:** Ensayos clínicos, estudios observacionales tipo cohorte o transversales. Revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.

**Tipo de Participantes**

- Inclusión  
Pacientes de cualquier edad con lumbalgia.

**Tipo de Intervenciones**

AINE

**Tipo de desenlaces**

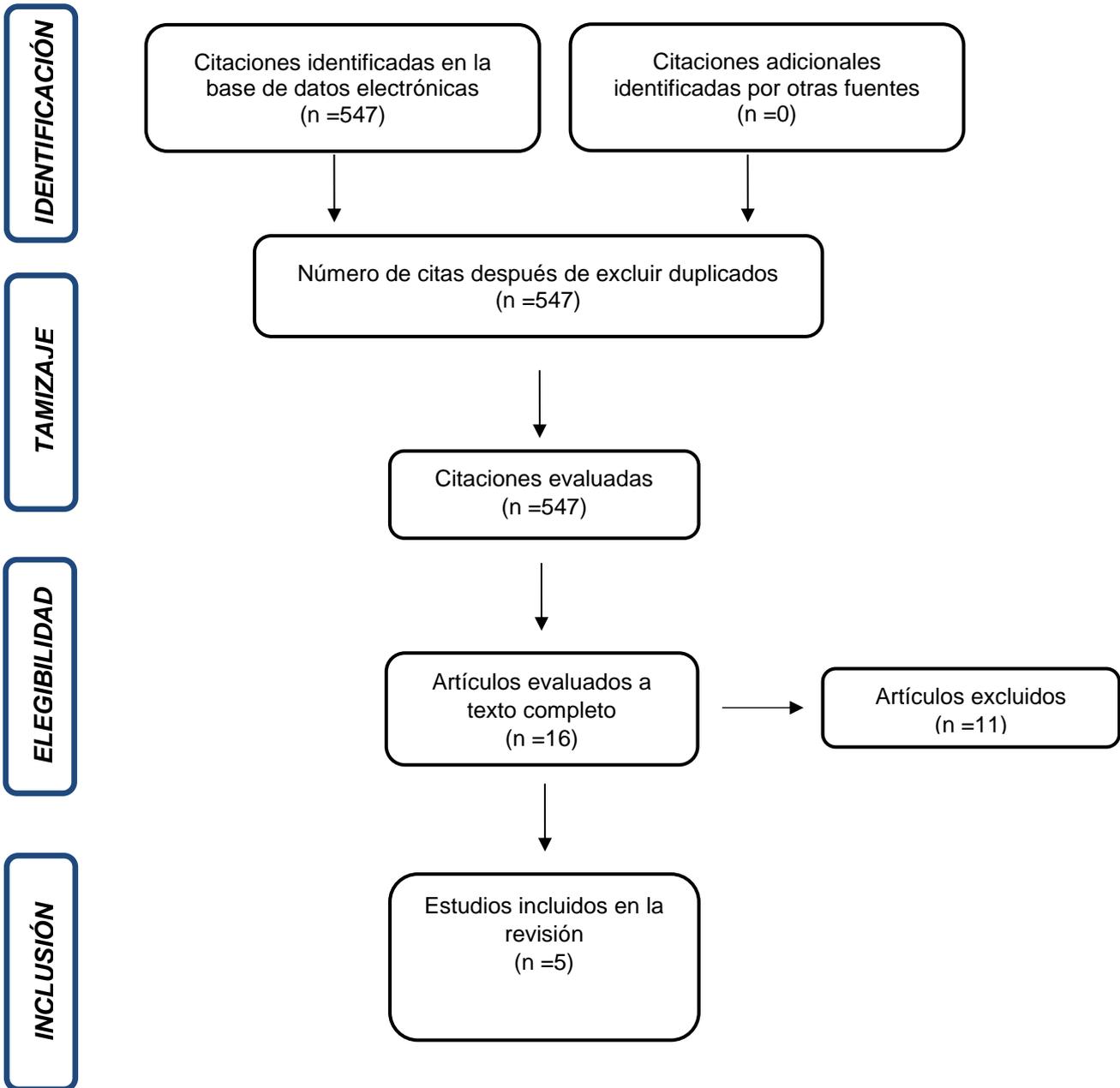
- Desenlaces críticos  
Dolor  
Discapacidad  
Estado funcional
  - Desenlaces importantes  
Reacciones adversas
-

**Método de búsqueda de acuerdo a base de dato biomédica.**

<b>Base de datos</b>	<b>Términos de búsqueda</b>
	1. low back pain.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]
	2. BACKACHE.ti,ab.
	3. 1 or 2
	4. limit 3 to yr="2008 -Current"
	25. NSAIDS.ti,ab.
	26. NONSTEROIDAL.ti,ab.
	27. ANTIINFLAMMATOR\$4.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]
	28. IBUPROFEN.ti,ab.
	29.DEXIBUPROFEN.ti,ab.
	30. NAPROXEN.ti,ab.
	31. FENBUFEN.ti,ab.
	32. FENOPROFEN.ti,ab.
	33. KETOPROFEN.ti,ab.
MEDLINE/EMBASE	34. DEXKETOPROFEN.ti,ab.
	35. TIAPROFENIC.ti,ab.
	36. DICLOFENAC.ti,ab.
	37. ACECLOFENAC.ti,ab.
	38. DIFLUNISAL.ti,ab.
	39. ETODOLAC.ti,ab.
	40. INDOMETACIN.ti,ab.
	41. INDOMETHACIN.ti,ab.
	42. MEFENAMIC.ti,ab.
	43. MELOXICAM.ti,ab.
	44. NABUMETONE.ti,ab.
	45. PIROXICAM.ti,ab.
	46. SULINDAC.ti,ab.
	47. TENOXICAM.ti,ab.
	48. TOLFENAMIC.ti,ab.
	49. KETOROLAC.ti,ab.

- 
- 50. PARECOXIB.ti,ab.
  - 51. ETORICOXIB.ti,ab.
  - 52. CELECOXIB.ti,ab.
  - 53. LUMIRACOXIB.ti,ab.
  - 54. ACEMETACIN.ti,ab.
  - 55. ACEMETHACIN.ti,ab.
  - 56. FLURIPROFEN.ti,ab.
  - 57. FLURBIPROFEN.ti,ab.
  - 58. 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57
  - 59. 10 and 58
-

Flujograma del proceso de selección de estudios



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

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Abdel Shaheed C 2014</b>	Revisión sistemática	Lumbalgia aguda	AINEs	placebo	Dolor/ discapacidad	Sólo un estudio ibuprofeno 200 mg y diclofenaco 12.5 mg p.r.n.MDs -10.9 (95% CI = -17.6 to -4.2) y -11.3 (95% CI = -17.8 to -4.9), no información >8d discapacidad, MD -10.0 (95% CI = -15.6 to -4.4) y -12.1 (-17.9 to -6.2), >8d
<b>Argoff C 2013</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia aguda	NA	NA	NA	NA
<b>Kuritzky L 2012</b>	Revisión narrativa	Lumbalgia	NA	NA	NA	NA
<b>Moore RA 2008</b>	Revisión sistemática	Lumbalgia aguda	dexketoprofeno	Diclofenaco/ tramadol/ paracetamol/ dextropropoxifeno	NA	Efecto similar
<b>Roelofs PDDM 2008</b>	Revisión sistemática	Lumbalgia con o sin ciática	AINEs	Placebo/ paracetamol	Dolor	Sin ciática contra placebo WMD was -8.39 (95% CI -12.68 to -4.10) Contra paracetamol SMD -0.21 (95% CI -0.43 to 0.02; N = 309)  No diferencia entre AINEs, narcóticos o relajantes musculares

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

**Criterios de Elegibilidad de los Estudios**

---

**Tipo de Estudios:** Ensayos clínicos, estudios observacionales tipo cohorte o transversales. Revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.

**Tipo de Participantes**

- Inclusión  
Pacientes de cualquier edad con lumbalgia.

**Tipo de Intervenciones**

Relajante muscular, diazepam, ciclobenzaprina.

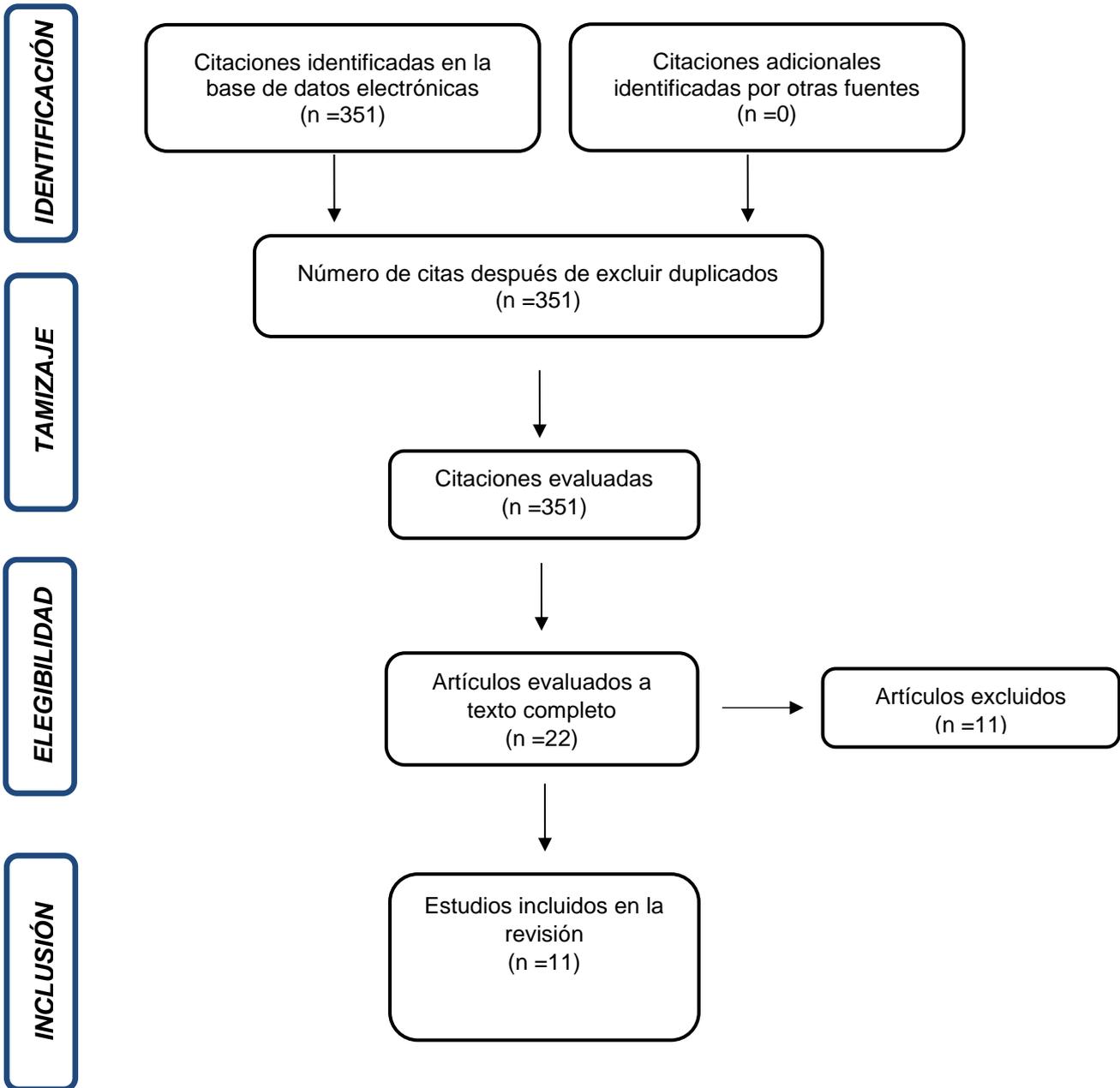
**Tipo de desenlaces**

- Desenlaces críticos  
Dolor  
Discapacidad  
Estado funcional
  - Desenlaces importantes  
Reacciones adversas
-

**Método de búsqueda de acuerdo a base de dato biomédica.**

Base de datos	Términos de búsqueda
MEDLINE/EMBASE	1. low back pain.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]
	2. BACKACHE.ti,ab.
	3. 1 or 2
	4. limit 3 to yr="2008 -Current"
	19. diazepam.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]
	20. cyclobenzaprine.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]
	21. carisoprodol.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]
	22. metaxalone.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]
	23. methocarbamol.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]
	24. muscle relaxants.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, an, tn, dm, mf, dv, kw]
	25. 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24
	26. 4 and 25

Flujograma del proceso de selección de estudios



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

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Cabitz, P.2008</b>	ECA	Lumbalgia aguda (160 pacientes)	clorhidrato de Eperisona oral 100 mg tres veces/día x 12 días	Tiocolchicoside 8 mg dos veces/día x 12 días	VAS Dolor al movimiento y presión (escala de 4 dígitos) Distancia "mano al piso"(FFD) Maniobra de Lasegue	Los dos medicamentos tuvieron eficacia analgésica y efecto relajante comparable. 5% del grupo de eperisona tuvieron efectos adversos gastrointestinales leves. Con tiocolchicoside 21.25% tuvieron efectos adversos.
<b>Chandanwale, A. S. 2011</b>	ECA	Espasmo muscular agudo asociado con lumbalgia (240 pacientes)	clorhidrato de Eperisona oral 150 mg/día dividido en tres dosis por 14 días	Placebo x 14 días	Dolor Distancia "mano al piso" (FFD) Maniobra de Lasegue Dolor de músculos vertebrales	<b>FFD</b> (mejora alcanzada a los 14 días respecto al basal) ( $p<0.001$ ) Eperisona: 41.75±48.12 Placebo: 101.60±115.67  <b>VAS (<math>p&lt;0.001</math>)</b> Eperisona: 20.67±15.07 Placebo: 44.88±23.02  <b>Signo de Lasegue (<math>p=0.018</math>)</b> Eperisona: 21 (18.75) Placebo: 52 (46.02)
<b>Friedman, Benjamin W. 2015</b>	ECA	Lumbalgia aguda (323 pacientes)	<b>A:</b> naproxeno + ciclobenzaprina x 10 días	naproxeno + placebo x 10 días	RMDQ (Roland-Morris Disability Questionnaire) (diferencia entre	Diferencia RMDQ, % (IC 95%) Ciclobenzaprina vs placebo 0.7 (-1.6 to 3.2) $p=0.77$

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
			B: naproxeno + oxicodona/ acetaminofén x 10 días		basal y una semana después del alta)	Oxicodona/acetaminofén vs placebo 1.1 (-1.1 a 3.4), p=0.28 Ciclobenzaprina vs oxicodona/acetaminofen 0.4 (-1.2 a 2.7), p=0.45
<b>Kumar, Sanjeev. 2014</b>	ECA	Lumbalgia aguda (100 pacientes)	A: thicolchicoside (4 mg) + aceclofenac (100 mg) oral dos veces/día por 7 días	B: chlorzoxazone (500 mg) + aceclofenac (100 mg) +paracetamol (325 mg) oral dos veces/día por 7 días	VAS Distancia “mano al piso” Maniobra de Lasegue	<b>VAS:</b> (diferencia p<0.001) A: reducción de 100% al 6.9% B: reducción de 100% al 20.3%  <b>Distancia “mano al piso”</b> (diferencia hasta el día 7) A: -67.2% B. -55.2%
<b>Machado, L. A. C. 2009</b>	Revisión sistemática	Lumbalgia aguda y crónica	Tratamientos médicos y no médicos 74 ensayos con 34 tratamientos	placebo	Dolor (escala continua de 0-100)	50% de los tratamientos fueron efectivos de efecto pequeño o moderado. 47% de los tratamientos tuvieron una reducción de <10 puntos en una escala de 0 a 100 38% tratamientos de 10 a 20 15% tratamientos >20 puntos
<b>Malanga, G. A. 2009</b>	ECA (2)	Espasmo muscular asociado con lumbalgia o dolor de cuello	<b>Estudio 1</b> (254 pacientes): 3 brazos de 14 días  Ciclobenzaprina de liberación extendida	Placebo	Utilidad de la medicación según el paciente a los 4 días Evaluación clínica global de la	Estudio 1 (utilidad según el paciente) CER 30 mg versus placebo: diferencia estadísticamente significativa (p<0.007)

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/ exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
			(CER) 15mg diarios ciclobenzaprina de liberación extendida (CER) 30 mg diarios  ciclobenzaprina de (CIR) liberación inmediata 10 mg tres veces al día  <b>estudio 2</b> (250 pacientes) los mismos brazos que el estudio 1		respuesta a la terapia del médico a los 4 días	Estudio 2 (utilidad según el paciente) CER 15 mg versus placebo: diferencia estadísticamente significativa (p<0.018) Evaluación médica: no hubo diferencias estadísticamente significativas entre CER y placebo
<b>Rao, Rajeev. 2012</b>	ECA	Lumbalgia aguda	Tolperisone 150 mg 3 veces diarios x 7 días	Thiocolchicoside 8 mg 2 veces al día x 7 días	Distancia "mano al piso" (FFD) Maniobra de Lasegue Dolor al movimiento y en reposo (VAS)	Maniobra de Lasegue: mejora fue mayor en el día 3 (p=0.017) y día 7 (p=0.0001) con Tolperisone respecto a Thiocolchicoside. Reducción de la puntuación de FFD fue mayor en el día 7 (p=0.0001) con Tolperisone La mejora de la puntuación en reposo y en movimiento fue significativamente mayor con Tolperisone (p=0.0001)

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Sartini, Silvana. 2008</b>	Reporte de casos	Lumbalgia aguda o crónica reagudizada (100 pacientes)	Eperisona (300 mg/d) x 10 días	NA	Dolor en reposo y al movimiento (VAS) Resistencia a los movimientos pasivos Rigidez antálgica Contractura muscular Discapacidad funcional Distancia "mano al piso" (FFD)	Todas las diferencias entre el basal y a los 3 y 10 días de todos los desenlaces fueron significativas.
<b>Weil, A. J. 2010</b>	Análisis de 2 ECAs diseño idéntico	Espasmo cervical o lumbar agudo (504 pacientes)	CER 15 una vez/d CER 30 mg una vez/d CIR 10 mg 3 v/d X 14 días	placebo	Utilidad de la medicación según el paciente a los 4 días Evaluación clínica global de la respuesta a la terapia del médico a los 4 días	Significativamente mayores mejoras en la utilidad de la medicación según el paciente se reportaron para CER 15 y 30 mg versus placebo en el día 4 (P<0.025) No se reportaron diferencias entre los grupos en la evaluación global del médico
<b>Lahoti, G. 2012</b>	No disponible					
<b>Soonawalla, D. F. 2008</b>	No disponible					

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

**Criterios de Elegibilidad de los Estudios**

---

**Tipo de Estudios:** Ensayos clínicos, estudios observacionales tipo cohorte o transversales. Revisiones sistemáticas con o sin meta análisis.

**Tipo de Participantes**

- Inclusión  
Pacientes de cualquier edad con lumbalgia.

**Tipo de Intervenciones**

Opiáceos, morfina, oxicodona, meperidina.

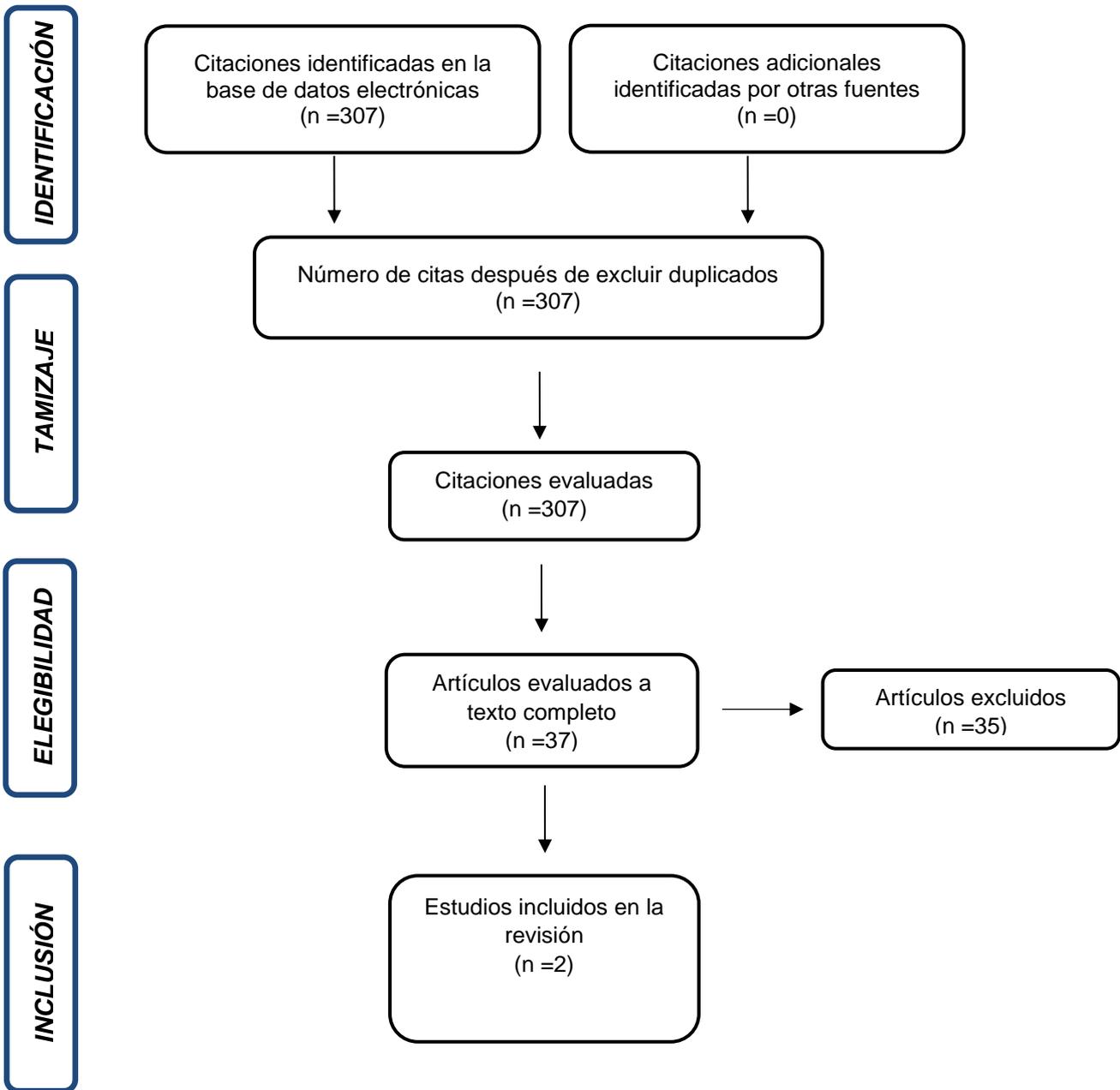
**Tipo de desenlaces**

- Desenlaces críticos  
Dolor  
Discapacidad  
Estado funcional
  - Desenlaces importantes  
Reacciones adversas
-

**Método de búsqueda de acuerdo a base de dato biomédica.**

Base de datos	Términos de búsqueda
MEDLINE/EMBASE	1. low back pain.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]
	2. BACKACHE.ti,ab.
	3. 1 or 2
	4. limit 3 to yr="2008 -Current"
	61. ANALGESICS-OPIOID.mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, px, rx, ui, tn, dm, mf, dv, kw]
	62. MORPHINE.ti,ab.
	63. BUPRENORPHINE.ti,ab.
	64. CODEINE.ti,ab.
	65. DIPHENOXYLATE.ti,ab.
	66. DIPIPANONE.ti,ab.
	67. DIHYDROCODEINE.ti,ab.
	68. ALFENTANIL.ti,ab.
	69. FENTANYL.ti,ab.
	70. REMIFENTANIL.ti,ab.
	71. MEPTAZINOL.ti,ab.
	72. OXYCODONE.ti,ab.
	73. PAPAVERETUM.ti,ab.
	74. PENTAZOCINE.ti,ab.
	75. PETHIDINE.ti,ab.
	76. TRAMADOL.ti,ab.
	77. HYDROCODONE.ti,ab.
	78. MEPERIDINE.ti,ab.
	79. PROPOXYPHENE.ti,ab.
	80. 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75 or 76 or 77 or 78 or 79
	81. 10 and 80

Flujograma del proceso de selección de estudios



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

Características de los estudios incluidos en la síntesis de la evidencia.						
Estudio	Diseño	Población/pacientes	Intervención/exposición	Comparación	Desenlaces	Resultados
<b>Cifuentes M 2010</b>	cohorte	Lumbalgia aguda	Múltiples opiáceos	NA	Morphine equivalent amount (MEA) Total prescription dose-day	8443 casos 34% al menos un opiáceo, inicio temprano (primeros 8 días) y prolongado (46 d)
<b>Kobus A 2013</b>	longitudinal	Lumbalgia aguda	Múltiples opiáceos	NA	NA	61% recibió al menos un opiáceo 2.9% recibió una dosis alta

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

Pregunta N°1

N°	Evaluador 1	Evaluador 2	Año	Título
1	Akdeniz, Orhan		2008	Early spondyloarthropathy: scintigraphic, biological, and clinical findings in MRI-positive patients
2	Al Nezari, Nezar H.		2013	Neurological examination of the peripheral nervous system to diagnose lumbar spinal disc herniation with suspected radiculopathy: a systematic review and meta-analysis
3	Almeida-Matos, M.		2008	Diagnostic significance of magnetic resonance in low back pain
4	Ayats Diaz, E.		2011	Diagnostic and therapeutic approach for chronic low back pain
5	Bach, S. M.		2009	Guideline update: what's the best approach to acute low back pain?
6	Bajpai, J.		2013	Clinical correlation of magnetic resonance imaging with symptom complex in prolapsed intervertebral disc disease: A cross-sectional double blind analysis
7	Balague, F.		2012	Non-specific low back pain
8	Balague, F.		2012	Non-specific low back pain
9	Barca, B. A.		2008	Diagnostic utility of HLA-B27 in spondyloarthropathies
10	Bartholomeeusen, S.		2012	Higher incidence of common diagnoses in patients with low back pain in primary care
11	Beltrame, A.		2008	Clinical experience with eperisone in the treatment of acute low back pain
12	Billis, E.		2010	Which are the most important discriminatory items for subclassifying non-specific low back pain? A Delphi study among Greek health professionals
13	Bjordal, J. M.		2008	Overviews and systematic reviews on low back pain
14	Borenstein, D.		2013	Mechanical low back pain - A rheumatologist's view
15	Braun, J.		2012	Classification, Diagnosis, and Referral of Patients with Axial Spondyloarthritis
16	Braun, J.		2014	Assessment of spinal pain
17	Breuer, B.		2008	What is the relationship of low back pain to signs of abnormal skeletal metabolism detected by bone scans?
18	Burgess, J.		2015	Getting to the heart of lower back pain

N°	Evaluador 1	Evaluador 2	Año	Título
19	Cabitz, P.		2008	Efficacy and safety of eperisone in patients with low back pain: A double blind randomized study
20	Calvo, J.		2013	Relationship between chronic low back pain and MRI of sacroiliac joints
21	Casazza, B. A.		2012	Diagnosis and treatment of acute low back pain
22	Casazza, B. A.		2012	Diagnosis and treatment of acute low back pain
23	Casazza, Brian A.		2012	Diagnosis and treatment of acute low back pain
24	Chaffee, Donald M.		2016	Cyclobenzaprine in the Treatment of Low Back Pain
25	Chandanwale, A. S.		2011	Evaluation of eperisone hydrochloride in the treatment of acute musculoskeletal spasm associated with low back pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial
26	Chou, R.		2008	Correction: Diagnosis and treatment of low back pain
27	Cohen, S. P.		2012	Spine-area pain in military personnel: A review of epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment
28	Cohen, S. P.		2015	Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain
29	Cowen, R.		2015	Low back pain: Diagnosis and management
30	Dankaerts, Wim		2009	Discriminating healthy controls and two clinical subgroups of nonspecific chronic low back pain patients using trunk muscle activation and lumbosacral kinematics of postures and movements: a statistical classification model
31	Devereaux, M.		2009	Low Back Pain
32	Dudzic, J.		2011	Classification-based approach for management of an adolescent with LBP, lower extremity pain, and a relevant postural deformity
33	Duffy, R. L.		2010	Low back pain: An approach to diagnosis and management
34	Duffy, R. L.		2010	Low back pain: An approach to diagnosis and management
35	Duffy, R. L.		2010	Low back pain: An approach to diagnosis and management
36	Endean, A.		2011	Potential of magnetic resonance imaging findings to refine case definition for mechanical low back pain in epidemiological studies: A systematic review
37	Erdes Sh, F.		2008	Low back pain in general medical practice
38	Fatemi, G.		2015	Deconstructing chronic low back pain in the older adult-Step by step evidence and expert-based recommendations for evaluation and treatment part III: Fibromyalgia syndrome
39	Fedotova, I.		2009	Experience of myorelaxant application in patients with low back pain

<b>N°</b>	<b>Evaluador 1</b>	<b>Evaluador 2</b>	<b>Año</b>	<b>Título</b>
40	Ford, J. J.		2013	Pathoanatomy and classification of low back disorders
41	Forster, M.		2013	Axial Low Back Pain: One Painful Area - Many Perceptions and Mechanisms
42	Friedman, Benjamin W.		2015	Naproxen With Cyclobenzaprine, Oxycodone/Acetaminophen, or Placebo for Treating Acute Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial
43	Fujiwara, A.		2010	Classifying patients with low back pain: Factors aggravating or relieving patient's symptom
44	Glassman, S. D.		2011	A diagnostic classification for lumbar spine registry development
45	Grad, S.		2016	Systemic blood plasma CCL5 and CXCL6: Potential biomarkers for human lumbar disc degeneration
46	Graw, B. P.		2008	Low back pain in the aging athlete
47	Gregory, D. S.		2008	Acute lumbar disk pain: Navigating evaluation and treatment choices
48	Guevara-Lopez, U.		2011	Practice guidelines for the management of low back pain. Consensus Group of Practice Parameters to Manage Low Back Pain
49	Hall, Hamilton		2008	Low back pain (chronic)
50	Hamilton, J.		2009	Acute back pain
51	Haskins, Robin		2015	Diagnostic clinical prediction rules for specific subtypes of low back pain: a systematic review
52	Hauke, D.		2010	Acute low back pain - Diagnosis and treatment
53	Hebert, J. J.		2012	Clinical decision rules, spinal pain classification and prediction of treatment outcome: A discussion of recent reports in the rehabilitation literature
54	Hebert, J. J.		2015	The evaluation of lumbar multifidus muscle function via palpation: Reliability and validity of a new clinical test
55	Hedberg, K.		2013	Low back pain: An assessment using positional MRI and MDT
56	Hepguler, S.		2011	Differential diagnosis of low back pain
57	Iversen, Trond		2013	Accuracy of physical examination for chronic lumbar radiculopathy
58	Izzo, R.		2013	Ethiopathogenesis of discogenic pain
59	Jarvik, J. G.		2015	Association of early imaging for back pain with clinical outcomes in older adults
60	Jones, L. D.		2014	Back pain in the elderly: A review
61	Jones, Luke D.		2014	Back pain in the elderly: a review

N°	Evaluador 1	Evaluador 2	Año	Título
62	Joud, A.		2012	Low back pain: Epidemiology of consultations
63	Kanamori, M.		2015	The clinical validity of degenerative disc degeneration on magnetic resonance imaging for the lumbar related symptoms
64	Landy, S.		2011	Time to recovery in patients with acute painful musculoskeletal conditions treated with extended-release or immediate-release cyclobenzaprine
65	Ludwig, J.		2010	Low back pain: Targeted steps lead to diagnosis
66	Ludwig, J.		2010	Low back pain: Targeted steps lead to diagnosis
67	Malanga, G. A.		2009	Cyclobenzaprine ER for muscle spasm associated with low back and neck pain: Two randomized, double-blind, placebo-controlled studies of identical design
68	Malanga, Gerard A.		2009	Cyclobenzaprine ER for muscle spasm associated with low back and neck pain: two randomized, double-blind, placebo-controlled studies of identical design
69	McCarthy, C. J.		2012	A Process of Subgroup Identification in Non-specific Low Back Pain Using a Standard Clinical Examination and Cluster Analysis
70	Monie, A. P.		2016	Low back pain misdiagnosis or missed diagnosis: Core principles
71	Moreira, Alvaro		2014	Maternal use of cyclobenzaprine (Flexeril) may induce ductal closure and persistent pulmonary hypertension in neonates
72	Negrini, S.		2008	Low back pain: state of art
73	Negrini, S.		2008	Low back pain: state of art
74	Nijs, Jo		2015	Low back pain: guidelines for the clinical classification of predominant neuropathic, nociceptive, or central sensitization pain
75	Palazzo, C.		2014	The burden of musculoskeletal conditions
76	Rao, Rajeev		2012	Clinical comparative study: efficacy and tolerability of tolperisone and thiocolchicoside in acute low back pain and spinal muscle spasticity
77	Rapala, K.		2012	Diagnostic and therapeutic problems of back pain syndromes and their distribution according to a colour coding system of flags
78	Riberto, M.		2014	A transversal multicenter study assessing functioning, disability and environmental factors with the comprehensive ICF core set for low back pain in Brazil
79	Rossi, M.		2012	Eperisone versus tizanidine for treatment of chronic low back pain
80	Rostom, S.		2010	New tools for diagnosing spondyloarthropathy

N°	Evaluable 1	Evaluable 2	Año	Título
81	Rubinstein, S. M.		2008	A best-evidence review of diagnostic procedures for neck and low-back pain
82	Sartini, Silvana		2008	Open experience with a new myorelaxant agent for low back pain
83	Saulino, Michael F.		2008	Interventions in chronic pain management. 3. Evaluation and management of lumbar pain syndromes
84	Schellingerhout, Jasper M.		2013	[New practice guideline for spine related low back pain; anesthesiologists use a different classification system than general practitioners]
85	See, S.		2008	Skeletal muscle relaxants
86	Serbic, D.		2013	Chasing the ghosts: The impact of diagnostic labelling on self-management and pain-related guilt in chronic low back pain patients
87	Simon, J.		2014	Discogenic low back pain
88	Soonawalla, D. F.		2008	Efficacy of thiocolchicoside in Indian patients suffering from low back pain associated with muscle spasm
89	van der Windt, D. A.		2010	Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain
90	Van Zundert, J.		2013	Lowbackpain: Mechanisms,management, treatment
91	Van Zundert, J.		2013	Lowbackpain: Mechanisms,management, treatment
92	Vaughan, B.		2014	Approach to low back pain - osteopathy
93	Vining, Robert		2013	An evidence-based diagnostic classification system for low back pain
94	Vrbanic, T. S.		2011	[Low back pain--from definition to diagnosis]
95	Weil, A. J.		2010	Efficacy and tolerability of cyclobenzaprine extended release for acute muscle spasm: A pooled analysis
96	Yu, Yang		2012	Diagnosis of discogenic low back pain in patients with probable symptoms but negative discography

**Número inicial** **96**  
**Número final luego de revisión de texto completo** **10**

Pregunta N°2

N°	Evaluador 1	Evaluador 2	Año	Título
1		Casazza, B. A.	2012	Diagnosis and treatment of acute low back pain
2		Duffy, R. L.	2010	Low back pain: An approach to diagnosis and management
3	Fairbank, J.		2011	The role of classification of chronic low back pain
4	Finucane, L.		2011	The validity of red flags to diagnose spinal neoplasms
5	Fournier, N.	Fournier, N.	2015	Red flags, yellow flags, assessment questionnaires and the role of physiotherapy in standardized diagnosis of non-specific low back pain
6	Henschke, N.		2008	A systematic review identifies five "red flags" to screen for vertebral fracture in patients with low back pain
7	Henschke, Nicholas		2013	Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain
8	Korner, H.		2014	[Red flags in the diagnostics of back pain]
9	Linz, D. R.		2013	Red flags of acute low back pain signal infectious complications of bacillus calmette-guerin (BCG) therapy
10	Linz, D. R.		2013	Red flags of acute low back pain signal infectious complications of bacillus calmette-guerin (BCG) therapy
11	Raison, Nicholas Tobias Johannes		2014	The reliability of red flags in spinal cord compression
12	Ross, Michael D.	Ross, Michael D.	2010	Red flags: to screen or not to screen?
13	Valle Calvet, M.	Valle Calvet, M.	2010	Red flags of low back pain
14	Williams, C. M.		2013	Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low-back pain

Número inicial **14**  
 Número final luego de revisión de texto completo **11**

Pregunta N°3

N°	Evaluable 1	Evaluable 2	Año	Título
1	Abbe, M.		2015	Can we use seated slump test as diagnostic tool for predicting disc herniation in patients with low back pain?
2	Akdeniz, O.		2008	Early spondyloarthropathy: Scintigraphic, biological, and clinical findings in MRI-positive patients
3	Al Nezari, N. H.		2013	Neurological examination of the peripheral nervous system to diagnose lumbar spinal disc herniation with suspected radiculopathy: A systematic review and meta-analysis
4	Alamin, T. F.		2011	Provocative lumbar discography versus functional anesthetic discography: A comparison of the results of two different diagnostic techniques in 52 patients with chronic low back pain
5	Almeida-Matos, M.		2008	Diagnostic significance of magnetic resonance in low back pain
6	Alomari, R. S.		2010	Computer-aided diagnosis of lumbar disc pathology from clinical lower spine MRI
7	Bairamov, R. B.		2012	[Role of computer tomography and magnetic resonance imaging in diagnosis of inflammatory diseases of sacro-ileal joint]
8	Bakhshandehpour, G.		2014	MR Myelogram: Is There any Role for Diagnosis of Spinal and Extra-Spinal Disorders?
9		Balague, F.	2012	Non-specific low back pain
10	Balague, Federico		2013	[Imaging in low back pain: limits and reflexions]
11	Bellaiche, L.		2011	Imaging of chronic low back pain in the elderly
12	Bertilson, Bo C.		2010	Assessment of nerve involvement in the lumbar spine: agreement between magnetic resonance imaging, physical examination and pain drawing findings
13	Brayda-Bruno, M.		2014	Advances in the diagnosis of degenerated lumbar discs and their possible clinical application

<b>N°</b>	<b>Evaluable 1</b>	<b>Evaluable 2</b>	<b>Año</b>	<b>Título</b>
14	Brooks, Benjamin K.		2010	Lumbar spine spondylolysis in the adult population: using computed tomography to evaluate the possibility of adult onset lumbar spondylosis as a cause of back pain
15	Calvo, J.		2013	Relationship between chronic low back pain and MRI of sacroiliac joints
16	Carey, M.		2015	Patients' experiences of the management of lower back pain in general practice: Use of diagnostic imaging, medication and provision of self-management advice
17	Castoldi, M. C.		2013	Mri of the lumbar spine: The value of a coronal acquisition in young adult patients
18	Chen, J. Y.		2008	Discogenic lumbar pain: Association with MRI and discography
19	Chen, X.		2014	Magnetic resonance imaging study of disc low back pain
20	Chen, Zhi-Ye		2009	Imaging of low back pain: comparative role of high intensity zone in diagnosing the discogenic low back pain with evidence-based radiology
21	Chou, R.		2011	Diagnostic imaging for low back pain: Advice for high-value health care from the American college of physicians
22	Chou, R.		2012	Appropriate Use of Lumbar Imaging for Evaluation of Low Back Pain
23	Crownover, B. K.		2013	Appropriate and safe use of diagnostic imaging
24	Cuesta-Vargas, Antonio I.		2014	Ability to discriminate between healthy and low back pain sufferers using ultrasound during maximum lumbar extension
25	Cunningham, S.		2013	Diagnostic accuracy: Sensitivity and specificity of the Screen Assist Lumbar Questionnaire in comparison with primary care provider tests and measures of low back pain: A pilot study
26	Donelson, R.		2011	Mechanical Diagnosis and Therapy for Radiculopathy
27	Endean, A.		2011	Potential of magnetic resonance imaging findings to refine case definition for mechanical low back pain in epidemiological studies: A systematic review

<b>N°</b>	<b>Evaluador 1</b>	<b>Evaluador 2</b>	<b>Año</b>	<b>Título</b>
28	Friedman, B. W.	Friedman, B. W.	2010	Diagnostic testing and treatment of low back pain in United States emergency departments: A national perspective
29	Fritz, J.		2008	Diagnostic and interventional MRI of the sacroiliac joints using a 1.5-T open-bore magnet: A one-stop-shopping approach
30	Gabrhel, J.		2010	Thermographic findings in the lower back: Can they be explained by a reflex mechanism?
31	Gabrhel, J.		2011	Thermographic findings in the lower back: Can they be explained by a reflex mechanism?
32	Gamie, Sherief		2008	The role of PET/CT in evaluation of Facet and Disc abnormalities in patients with low back pain using (18)F-Fluoride
33	Graves, Janessa M.		2012	Early imaging for acute low back pain: one-year health and disability outcomes among Washington State workers
34	Hancock, M. J.		2011	Diagnostic accuracy of the clinical examination in identifying the level of herniation in patients with sciatica
35	Harisankar,CN Balasubramanian		2012	Utility of single photon emission computed tomography/computed tomography imaging in evaluation of chronic low back pain
36	Hart, D. J.		2009	Discography: Interpretation from a surgeon's perspective
37	Hebelka, H.		2014	Comparison between pain at discography and morphological disc changes at axial loaded MRI in patients with low back pain
38	Heidari, Pedram		2015	The role of ultrasound in diagnosis of the causes of low back pain: a review of the literature
39	Hilal, Kiran		2013	Utility of limited protocol magnetic resonance imaging lumbar spine for nerve root compression in a developing country, is it accurate and cost effective?
40	Hodler, J.		2012	Imaging of the spine, relevance of imaging findings
41	Hu, S. S.		2010	Modified magnetic resonance spectroscopy diagnosis of painful and non-painful lumbar intervertebral discs

<b>N°</b>	<b>Evaluador 1</b>	<b>Evaluador 2</b>	<b>Año</b>	<b>Título</b>
42	Kang, S. H.		2010	Comparative study of lumbar magnetic resonance imaging and myelography in young soldiers with herniated lumbar disc
43	Karel, Y. H. J. M.		2015	Effect of routine diagnostic imaging for patients with musculoskeletal disorders: A meta-analysis
44	Kebede, T.		2010	Patterns of lumbar myelographic findings in patients with LBP a 5 years retrospective study at Yehuleshet Higher Clinic, Addis Ababa, Ethiopia
45	Kelekis, A.		2009	Disc herniation: Diagnostic procedures
46	Kim, Do Yeon		2012	Lumbar disc screening using back pain questionnaires: Oswestry low back pain score, Aberdeen low back pain scale, and acute low back pain screening questionnaire
47	Kim, M.		2010	A modified Roland-Morris disability scale for the assessment of sciatica
48	Kinder, Andre		2012	Magnetic resonance imaging of the lumbar spine with axial loading: a review of 120 cases
49	Kishner, S.		2010	Electrodiagnosis in lumbar spinal stenosis: A review
50	Kouroukli, I.		2009	The role of epidurography in diagnostic assessment of low back pain with or without sciatic neuralgia
51	Lee, Inki		2014	The value of SPECT/CT in localizing pain site and prediction of treatment response in patients with chronic low back pain
52	Lei, Dang		2008	Painful disc lesion: can modern biplanar magnetic resonance imaging replace discography?
53	Liang, C. Z.		2012	The relationship between low pH in intervertebral discs and low back pain: A systematic review
54	Liu, C.		2014	Quantitative estimation of the high-intensity zone in the lumbar spine: comparison between the symptomatic and asymptomatic population
55	Liu, Q. Y.		2008	The diagnostic value of axially loaded magnetic resonance imaging in patients with degenerative disorders of lumbar spine

<b>N°</b>	<b>Evaluador 1</b>	<b>Evaluador 2</b>	<b>Año</b>	<b>Título</b>
56	Liu, Qi		2015	Detection of low back pain using pH level-dependent imaging of the intervertebral disc using the ratio of R1p dispersion and -OH chemical exchange saturation transfer (RROC)
57	Majlesi, Javid		2008	The sensitivity and specificity of the Slump and the Straight Leg Raising tests in patients with lumbar disc herniation
58	Majumdar, Sharmila		2011	Diagnostic tools and imaging methods in intervertebral disk degeneration
59	Manchikanti, L.		2009	Comprehensive review of neurophysiologic basis and diagnostic interventions in managing chronic spinal pain
60	Manchikanti, L.		2009	Systematic review of lumbar discography as a diagnostic test for chronic low back pain
61	Manchikanti, L.		2010	A critical review of the American pain society clinical practice guidelines for interventional techniques: Part 1. Diagnostic interventions
62	Manchikanti, Laxmaiah		2009	Evidence-based medicine, systematic reviews, and guidelines in interventional pain management: Part 7: systematic reviews and meta-analyses of diagnostic accuracy studies
63	Manchikanti, Laxmaiah		2009	Systematic review of lumbar discography as a diagnostic test for chronic low back pain
64	Manusov, E. G.		2012	Evaluation and Diagnosis of Low Back Pain
65	Maus, T.		2010	Imaging the Back Pain Patient
66	Moranjkic, M.		2011	Diagnostic characteristics of neuroradiological tests in lumbar disc herniation
67	Motiei-Langroudi, Rouzbeh		2014	Clinical and magnetic resonance imaging factors which may predict the need for surgery in lumbar disc herniation
68	Okubo, T.		2010	Comparison of axial T2 mapping with CT discography in assessment of lumbar intervertebral disk degeneration
69	O'Neill, Conor		2008	Accuracy of MRI for diagnosis of discogenic pain

<b>N°</b>	<b>Evaluador 1</b>	<b>Evaluador 2</b>	<b>Año</b>	<b>Título</b>
70	Ouyang, Lin		2013	Magnetic resonance imaging: a valuable method for diagnosing chronic lumbago caused by lumbar muscle strain and monitoring healing process
71	Ovalle, J.		2014	Imaging findings in posterior elements as a cause of low back pain
72	Parmar, V.		2015	Comparison of referrals for lumbar spine magnetic resonance imaging from physiotherapists, primary care and secondary care: how should referral pathways be optimised?
73	Provenzano, D. A.		2012	Diagnostic discography: What is the clinical utility?
74	Ract, I.		2015	A review of the value of MRI signs in low back pain
75	Roudsari, B.	Roudsari, B.	2010	Lumbar spine MRI for low back pain: Indications and yield
76	Rubinstein, Sidney M.		2008	A best-evidence review of diagnostic procedures for neck and low-back pain
77	Saba, M.		2015	Evaluation of incidental findings on lumbosacral mri in patients with low back pain
78	Saberi, Hooshang		2009	A comparative MRI study of upper and lower lumbar motion segments in patients with low back pain
79	Saboeiro, G. R.		2009	Lumbar Discography
80	Scholz, Joachim		2009	A novel tool for the assessment of pain: validation in low back pain
81	Tamburin, S.		2014	Diagnostic and therapeutic pitfalls in considering chronic pain as a disease
82	Tawackoli, W.		2015	A non-invasive detection of discogenic pain using magnetic resonance imaging
83	Ung, Hoameng		2014	Multivariate classification of structural MRI data detects chronic low back pain
84	Valat, J. P.	Valat, J. P.	2010	Low back pain. Clinical and imaging assessment criteria
85	Van Ravesteijn, H.		2012	The reassuring value of diagnostic tests: A systematic review
86	van Rijn, Rogier M.		2012	Computed tomography for the diagnosis of lumbar spinal pathology in adult patients with low back pain or sciatica: a diagnostic systematic review

<b>N°</b>	<b>Evaluador 1</b>	<b>Evaluador 2</b>	<b>Año</b>	<b>Título</b>
87	Verstraete, K. L.		2008	Health technology assessment of magnetic resonance imaging of the spine and bone marrow
88	Wassenaar, Merel		2012	Magnetic resonance imaging for diagnosing lumbar spinal pathology in adult patients with low back pain or sciatica: a diagnostic systematic review
89	Watson, T.		2011	Lumbar back pain and the use of plain lumbar radiographs
90		Williams, C. M.	2013	Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low-back pain
91	Xu, C. Q.		2014	Comparative study of CT discography and MR discography in diagnosing chronic lumbago
92	Zook, J.		2011	Inter- and intraobserver reliability in radiographic assessment of degenerative disk disease

**Número inicial** **92**  
**Número final luego de revisión de texto completo** **20**

Pregunta N°4

N°	Evaluable 1	Evaluable 2	Año	Título
1	Bach, S. M.		2009	Guideline update: what's the best approach to acute low back pain?
2	Brighton, S. W.		2012	The management of acute low back pain in adults: A guide for the primary care physician
3	Brighton, S. W.		2013	The management of acute low back pain in adults: A guide for the primary care physician, part II
4	Brower, R. G.		2009	Consequences of bed rest
5	Cunningham, C. G.		2008	Working Backs Project - Implementing low back pain guidelines
6	Dahm, Kristin Thuve	Dahm, Kristin Thuve	2010	Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica
7	Friedman, B. W.		2015	Complementary interventions for emergency department patients with acute or sub-acute mechanical low back pain
8	Hagen, Kare Birger		2010	WITHDRAWN: Bed rest for acute low-back pain and sciatica
9	Hall, Hamilton		2008	Low back pain (acute)
10	Knauer, Stefanie R.		2010	Chronic low back pain among older adults: a population-based perspective
11	Koes, B.		2010	Moderate quality evidence that compared to advice to rest in bed, advice to remain active provides small improvements in pain and functional status in people with acute low back pain
12	Koes, Bart W.		2010	An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care
13	Latorre Marques, E.		2008	The Spanish version of the COST B13 guide: Clinical practice guidelines for non-specific low back pain based on scientific evidence
14	Marty, M.	Marty, M.	2008	Management of acute low back pain
15	Scott, N. A.		2010	Managing low back pain in the primary care setting: The know-do gap
16	Simmons, L. H.		2015	Evaluation of a patient decision aid for acute low back pain
17	Sonntag, V. K. H.		2010	Treatment of the herniated lumbar disc: Persistent problem
18	Sprouse, R.		2012	Treatment: Current Treatment Recommendations for Acute and Chronic Undifferentiated Low Back Pain
19	Verbunt, Jeanine A.		2008	A new episode of low back pain: who relies on bed rest?
20	Yuen, N. Y. K.		2010	Management of acute low back pain

N°	Evaluador 1	Evaluador 2	Año	Título
21	Zanni, G. R.		2011	Finding relief for lower back pain

Número inicial 21  
Número final luego de revisión de texto completo 15

Pregunta N°5

N°	Evaluable 1	Evaluable 2	Año	Título
1	Aboagye, E.		2015	Cost-effectiveness of early interventions for non-specific low back pain: a randomized controlled study investigating medical yoga, exercise therapy and self-care advice
2	Aluko, A.		2013	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
3	Balthazard, P.		2012	Manual therapy followed by specific active exercises versus a placebo followed by specific active exercises on the improvement of functional disability in patients with chronic non specific low back pain: A randomized controlled trial
4	Beinart, Naomi A.		2013	Individual and intervention-related factors associated with adherence to home exercise in chronic low back pain: a systematic review
5	Bertozzi, Lucia		2015	Effect of an exercise programme for the prevention of back and neck pain in poultry slaughterhouse workers
6	Bilgin, Sevil		2013	Effects of exercise and electrical stimulation on lumbar stabilization in asymptomatic subjects: a comparative study
7	Brumitt, Jason		2013	Core stabilization exercise prescription, part 2: a systematic review of motor control and general (global) exercise rehabilitation approaches for patients with low back pain
8	Chan, Carol W.		2011	Aerobic exercise training in addition to conventional physiotherapy for chronic low back pain: a randomized controlled trial
9	Cuesta-Vargas, Antonio Ignacio		2011	Exercise, manual therapy, and education with or without high-intensity deep-water running for nonspecific chronic low back pain: a pragmatic randomized controlled trial
10	Dahm, Kristin Thuve		2010	Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica
11	del Pozo-Cruz, B.		2013	Reanalysis of a tailored web-based exercise programme for office workers with sub-acute low back pain: assessing the stage of change in behaviour
12	Dionne, C. P.		2010	Randomized trial assessing patient responses to therapeutic exercise based on a clinical prediction rule for spinal manipulation
13	Fritz, J. M.	Fritz, J. M.	2015	Early physical therapy vs usual care in patients with recent-onset low back pain: A randomized clinical trial

N°	Evaluable 1	Evaluable 2	Año	Título
14	Hagen, Eli Molde		2010	Adding a physical exercise programme to brief intervention for low back pain patients did not increase return to work
15	Hidalgo, Benjamin		2014	The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: an update of systematic reviews
16	Hill, J.		2012	Can we choose the best treatment for back pain patients?
17	Hollinghurst, S.		2008	Randomised controlled trial of Alexander technique lessons, exercise, and massage (ATEAM) for chronic and recurrent back pain: economic evaluation
18	Hurley, Deirdre A.		2009	A walking programme and a supervised exercise class versus usual physiotherapy for chronic low back pain: a single-blinded randomised controlled trial. (The Supervised Walking In comparison to Fitness Training for Back Pain (SWIFT) Trial)
19	Javadian, Y.		2012	The effects of stabilizing exercises on pain and disability of patients with lumbar segmental instability
20	Jensen, Rikke K.	crónica	2012	Rest versus exercise as treatment for patients with low back pain and Modic changes. A randomized controlled clinical trial
21	Johnson, Olubusola E.		2010	Comparison of four physiotherapy regimens in the treatment of long-term mechanical low back pain
22	Kerr, D.		2011	Pilates for chronic low back pain: A randomised controlled pilot study
23	Lehtola, V.	protocolo	2015	Efficacy of movement control exercise versus general exercise on recurrent sub-acute low back pain: A randomized controlled trial
24	Lim, Edwin Choon Wyn	crónica	2011	Effects of Pilates-based exercises on pain and disability in individuals with persistent nonspecific low back pain: a systematic review with meta-analysis
25	Limke, J. C.		2008	Randomized trial comparing the effects of one set vs two sets of resistance exercises for outpatients with chronic low back pain and leg pain
26	Magalhaes, Mauricio Oliveira		2015	The short-term effects of graded activity versus physiotherapy in patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial
27	Marshall, Paul W. M.		2013	Pilates exercise or stationary cycling for chronic nonspecific low back pain: does it matter? a randomized controlled trial with 6-month follow-up
28	Matsudaira, Ko		2015	Can standing back extension exercise improve or prevent low back pain in Japanese care workers?

N°	Evaluable 1	Evaluable 2	Año	Título
29	McDonough, S.		2011	A pedometer-based walking programme for people with chronic low back pain: Experience from the back 2 activity trial
30	McDonough, S. M.		2010	The back 2 activity trial: Education and advice versus education and advice plus a structured walking programme for chronic low back pain
31	Mills, R.		2011	Adherence with an eight week individualised walking programme for people with chronic low back pain: Report from the swift trial
32	Milosavljevic, Stephan		2015	Walking away from back pain: one step at a time - a community-based randomised controlled trial
33	Miyamoto, G.		2011	The efficacy of the pilates method on pain reduction in patients with chronic non-specific low back pain: A systematic review
34	O'Connor, S. R.		2011	Systematic review and meta-analysis: Effects of walking exercise in chronic musculoskeletal pain
35	O'Connor, Sean R.		2015	Walking exercise for chronic musculoskeletal pain: systematic review and meta-analysis
36	Oesch, P.		2011	Effectiveness of exercise on work disability in patients with non-acute non-specific low back pain: A meta-analysis of randomised controlled trials
37	Patti, Antonino		2015	Effects of Pilates exercise programs in people with chronic low back pain: a systematic review
38	Rasmussen-Barr, E.		2009	Graded exercise for recurrent low-back pain: A randomized, controlled trial with 6-, 12-, and 36-month follow-ups
39	Saner, Jeannette	protocolo	2011	Movement control exercise versus general exercise to reduce disability in patients with low back pain and movement control impairment. A randomised controlled trial
40	Shirado, Osamu		2010	Multicenter randomized controlled trial to evaluate the effect of home-based exercise on patients with chronic low back pain: the Japan low back pain exercise therapy study
41	Slade, Susan C.	protocolo	2009	Effects of preferred-exercise prescription compared to usual exercise prescription on outcomes for people with non-specific low back pain: a randomized controlled trial [ACTRN12608000524392]
42		Somerville, Simon	2008	Content and outcome of usual primary care for back pain: a systematic review

<b>N°</b>	<b>Evaluador 1</b>	<b>Evaluador 2</b>	<b>Año</b>	<b>Título</b>
43	Suni, J. H.		2013	Neuromuscular exercise and counseling decrease absenteeism due to low back pain in young conscripts: A randomized, population-based primary prevention study
44	Swinkels, A.		2011	Does patient preference influence the outcomes of exercise in clinical trials of chronic low back pain?
45	Theodoridis, T.		2008	Physiotherapy and low back pain
46	Thompson, B.		2015	Are core stability exercises an effective treatment for nonspecific chronic low back pain? A systematic review with meta-analysis
47	van der Giessen, R. N.		2012	The effectiveness of graded activity in patients with non-specific low-back pain: a systematic review
48	Wajswelner, Henry		2012	Clinical pilates versus general exercise for chronic low back pain: randomized trial
49	Yamato, Tie P.		2015	Pilates for low back pain
50	Zuil Escobar, Juan Carlos		2009	[Chronic lower back pain; recommended exercises and joint movement]

**Número inicial** **50**  
**Número final luego de revisión de texto completo** **10**

Pregunta N°6

N°	Evaluador 1	Evaluador 2	Año	Título
1	Almeida, R.		2011	Efficacy of back school in Brazil
2	Andrade, Sandra C.		2008	[Back school for patients with non-specific chronic low-back pain: benefits from the association of an exercise program with patient's education]
3	Berrios-Lopez, Yomayra		2009	Effectiveness of a back school program in the application of body mechanics principles
4	Brox, J. I.		2008	Evidence-informed management of chronic low back pain with back schools, brief education, and fear-avoidance training
5	Brox, J. I.		2008	Systematic review of back schools, brief education, and fear-avoidance training for chronic low back pain
6	Cecchi, F.		2010	Spinal manipulation compared with back school and with individually delivered physiotherapy for the treatment of chronic low back pain: a randomized trial with one-year follow-up
7	Cecchi, F.		2012	Predictors of functional outcome in patients with chronic low back pain undergoing back school, individual physiotherapy or spinal manipulation
8	Costantino, Cosimo		2014	Effectiveness of Back School program versus hydrotherapy in elderly patients with chronic non-specific low back pain: a randomized clinical trial
9	Devasahayam, A. J.		2014	Delivering a back school programme with a cognitive behavioural modification: A randomised pilot trial on patients with chronic non-specific low back pain and functional disability
10	Durmus, Dilek		2014	How effective is a modified exercise program on its own or with back school in chronic low back pain? A randomized-controlled clinical trial
11	Garcia, A. N.		2011	Effectiveness of the back school and Mckenzie techniques in patients with chronic non-specific low back pain: A protocol of a randomised controlled trial
12	Garcia, Alessandra Narciso		2013	Effectiveness of back school versus McKenzie exercises in patients with chronic nonspecific low back pain: a randomized controlled trial
13	Garcia, Alessandra Narciso		2013	Effectiveness of back school versus McKenzie exercises in patients with chronic nonspecific low back pain: a randomized controlled trial
14		Globe, G.	2016	Clinical Practice Guideline: Chiropractic Care for Low Back Pain

N°	Evaluador 1	Evaluador 2	Año	Título
15		Hidalgo, Benjamin	2014	The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: an update of systematic reviews
16	Maurice, M.		2008	Short- and midterm effectiveness of a back school. Retrospective cohort study on 328 patients with chronic low back pain from 1997 to 2004
17	Meira, D. M.		2013	Functional reeducation program associated with back school improve functional disability and pain in workers with chronic low back pain: A pilot study
18	Meng, K.		2009	Development of a standardized back school for in-patient orthopaedic rehabilitation
19	Meng, K.		2009	Development of a standardized back school for in-patient orthopaedic rehabilitation
20	Meng, K.		2011	Intermediate and long-term effects of a standardized back school for inpatient orthopedic rehabilitation on illness knowledge and self-management behaviors: A randomized controlled trial
21	Meng, Karin		2011	Intermediate and long-term effects of a standardized back school for inpatient orthopedic rehabilitation on illness knowledge and self-management behaviors: a randomized controlled trial
22	Morone, G.		2011	Quality of life improved by multidisciplinary back school program in patients with chronic non-specific low back pain: A single blind randomized controlled trial
23	Morone, Giovanni		2012	Efficacy of perceptive rehabilitation in the treatment of chronic nonspecific low back pain through a new tool: a randomized clinical study
24	Moser, A.		2011	Implementation and evaluation of a back school program for patients with mechanical and degenerative low back pain
25	Oguzhan, H.		2011	Effectiveness of back school program to quality of life and disability in patients with chronic low back pain
26	Paolucci, T.		2012	Psychological features and outcomes of the Back School treatment in patients with chronic non-specific low back pain. A randomized controlled study
27		Poquet, N.	2015	Back schools for acute and sub-acute non-specific low-back pain: Update of a cochrane review
28	Reese, Christina		2013	Psychological interventions in the rehabilitation of patients with chronic low back pain: evidence and recommendations from systematic reviews and guidelines
29	Ribeiro, L. H.		2008	Effectiveness of a back school program in low back pain

<b>N°</b>	<b>Evaluador 1</b>	<b>Evaluador 2</b>	<b>Año</b>	<b>Título</b>
30	Sadeghi-Abdollahi, Bahar		2012	The efficacy of Back School on chronic low back pain of workers of a pharmaceutical company in a Tehran suburb. COPCORD stage II study
31	Sahin, Nilay		2011	Effectiveness of back school for treatment of pain and functional disability in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial
32	Sanchez Tarifa, P.	Sanchez Tarifa, P.	2014	Effectiveness of back school program in lower back pain
33	Savalli, L.		2013	Back school teaching program: Our experience
34	Soer, R.		2014	Heart coherence training combined with back school in patients with chronic non-specific low back pain: first pragmatic clinical results
35	Tavafian, Sedigheh Sadar		2008	A randomized study of back school in women with chronic low back pain: quality of life at three, six, and twelve months follow-up
36	Tugcu, I.		2008	The effectiveness of functional back school concurrently applied with exercise and physical therapy modalities in patients with chronic mechanical low back pain-short term results
37	Tutzschke, R.		2014	Evaluation of the German new back school: muscular physiological characteristics
38	van Middelkoop, Marienke		2011	A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain
39	Wiese, M.		2009	Back school - an update
40	Wiese, M.		2009	Back school - an update
41	Yang, Eun Joo		2010	The effect of back school integrated with core strengthening in patients with chronic low-back pain

**Número inicial**

**41**

**Número final luego de revisión de texto completo**

**3**

**Pregunta N°7**

N°	Evaluador 1	Evaluador 2	Año	Título
1	Anonymous,		2016	Mechanical Lumbar Traction: What Is Its Place in Clinical Practice?
2	Cai, Congcong		2009	A clinical prediction rule for classifying patients with low back pain who demonstrate short-term improvement with mechanical lumbar traction
3	Calmels, P.		2009	Effectiveness of a lumbar belt in subacute low back pain: An open, multicentric, and randomized clinical study
4	Kamanli, A.		2010	Conventional physical therapy with lumbar traction; Clinical evaluation and magnetic resonance imaging for lumbar disc herniation
5	Khan, K.		2014	The use of mechanical and manual lumbar traction in the management of Prolapsed Inter-vertebral Disc (PIVD). A survey of physical therapists in Pakistan
6	Lai, Alon		2010	Effects of traction on structural properties of degenerated disc using an in vivo rat-tail model
7	Meccariello, L.		2013	Dynamic orthosis versus three-point orthosis in treating osteoporosis fractures in the elderly: A perspective study
8	Pakzad, M.		2011	Mechanical lumbar traction in conjunction with conventional physiotherapy for management of lumbar disc herniation
9	Thackeray, Anne	nerve root compression	2016	The Effectiveness of Mechanical Traction Among Subgroups of Patients With Low Back Pain and Leg Pain: A Randomized Trial

**Número inicial**

**9**

**Número final luego de revisión de texto completo**

**1**

Pregunta N°8

N°	Evaluador 1	Evaluador 2	Año	Título
1	Anonymous,		2014	Paracetamol in acute low back pain is not better than placebo
2	Anonymous,		2014	Paracetamol not best for low back pain
3	Anonymous,		2015	Paracetamol ineffective for low back pain?
4	Codding, C.		2009	Efficacy and safety evaluation of 12 weeks extended-release hydrocodone/acetaminophen treatment in patients with chronic low back pain (CLBP) by prior opioid use
5	Davies, Reece A.		2008	A systematic review of paracetamol for non-specific low back pain
6	Dhillon, S.		2010	Tramadol/paracetamol fixed-dose combination: A review of its use in the management of moderate to severe pain
7		Diener, H. C.	2008	Paracetamol is sufficient for acute low back pain
8	Franceschi, F.		2013	Safety and efficacy of the combination Acetaminophen-Codeine in the treatment of pain of different origin
9	Koes, B. W.		2014	Do patients with acute low-back pain need paracetamol?
10	Lasko, Ben		2012	Extended-release tramadol/paracetamol in moderate-to-severe pain: a randomized, placebo-controlled study in patients with acute low back pain
11	Machado, Gustavo C.		2015	Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials
12	Malanga, G.		2008	Evidence-informed management of chronic low back pain with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, muscle relaxants, and simple analgesics
13	Mattia, C.		2008	Paracetamol/Tramadol association: The easy solution for mild-moderate pain
14	Moore, A.		2015	Randomised controlled trial: Up to 4000 mg of paracetamol a day is ineffective for acute low back pain
15	Schiphorst Preuper, Henrica R.		2014	Do analgesics improve functioning in patients with chronic low back pain? An explorative triple-blinded RCT
16	Toussaint, K.		2010	What do we (not) know about how paracetamol (acetaminophen) works?
17	Williams, C. M.	Williams, C. M.	2014	Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: A double-blind, randomised controlled trial

N°	Evaluador 1	Evaluador 2	Año	Título
18	Williams, Christopher M.		2013	PACE--the first placebo controlled trial of paracetamol for acute low back pain: statistical analysis plan
19	Williams, Christopher M.		2014	Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial
20	Wood, Heather	Wood, Heather	2014	Pain: Paracetamol is not superior to placebo for acute low back pain
21	Zhou, X. G.		2009	Efficacy of oxycodone-acetaminophen tablet in the treatment of moderate or severe lumbocrural pain

Número inicial **21**  
 Número final luego de revisión de texto completo **3**

Pregunta N°9

N°	Evaluador 1	Evaluador 2	Año	Título
1	Abdel Shaheed, C.	Abdel Shaheed, C.	2014	Interventions available over the counter and advice for acute low back pain: Systematic review and meta-analysis
2	Argoff, C.		2013	NSAIDs or opioids, damned if you do, damned if you don't?: Evidence-based selections to optimize therapeutic goals and minimize harms
3	Atzeni, F.		2012	Efficacy of ketoprofen vs ibuprofen and diclofenac: A systematic review of the literature and meta-analysis
4	Brzezinski, Krzysztof	Brzezinski, Krzysztof	2013	Comparison of the efficacy of dexketoprofen and diclofenac in treatment of non-specific low back pain
5	Chang, S. T.		2008	Effects of piroxicam-beta-cyclodextrin sachets on abnormal postural sway in patients with chronic low back pain
6	Enthoven, Wendy T. M.		2016	Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain
7	Essex, M. N.		2013	Safety of celecoxib compared with placebo and non-selective NSAIDs: Cumulative meta-analysis of 89 randomized controlled trials
8	Gomis, E. R.		2014	Adherence to pharmacological treatment versus a back school program for chronic lower back pain
9	Gotzsche, Peter C.		2010	NSAIDs
10	Jensen, M. P.		2012	Sensitivity of single-domain versus multiple-domain outcome measures to identify responders in chronic low-back pain: Pooled analysis of 2 placebo-controlled trials of etoricoxib
11	Kuritzky, L.	Kuritzky, L.	2012	Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of low back pain
12	Lahoti, Govind		2012	To evaluate efficacy and safety of fixed dose combination of aceclofenac + paracetamol + thiocolchicoside (acenac-MR) in the treatment of acute low back pain
13	Malanga, G.		2008	Evidence-informed management of chronic low back pain with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, muscle relaxants, and simple analgesics
14	Moore, R. A.		2008	Systematic review of dexketoprofen in acute and chronic pain
15		Roelofs, P. D. D. M.	2008	Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain

N°	Evaluador 1	Evaluador 2	Año	Título
16		Roelofs, P. D. D. M.	2008	Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: An updated cochrane review

Número inicial 16

Número final luego de revisión de texto completo 5

Pregunta N°10

N°	Evaluable 1	Evaluable 2	Año	Título
1	Beltrame, A.		2008	Clinical experience with eperisone in the treatment of acute low back pain
2	Cabitz, P.		2008	Efficacy and safety of eperisone in patients with low back pain: A double blind randomized study
3	Chaffee, Donald M.		2016	Cyclobenzaprine in the Treatment of Low Back Pain
4	Chandanwale, A. S.		2011	Evaluation of eperisone hydrochloride in the treatment of acute musculoskeletal spasm associated with low back pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial
5	Fedotova, I.		2009	Experience of myorelaxant application in patients with low back pain
6	Friedman, Benjamin W.		2015	Naproxen With Cyclobenzaprine, Oxycodone/Acetaminophen, or Placebo for Treating Acute Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial
7		Golob, A. L.	2014	Low Back Pain
8		Kumar, Sanjeev	2014	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
9		Lahoti, G.	2012	To evaluate efficacy and safety of fixed dose combination of aceclofenac + paracetamol + thiocolchicoside (acenac-MR) in the treatment of acute low back pain
10	Landy, S.		2011	Time to recovery in patients with acute painful musculoskeletal conditions treated with extended-release or immediate-release cyclobenzaprine
11		Machado, L. A. C.	2009	Analgesic effects of treatments for non-specific low back pain: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials
12	Malanga, G. A.		2009	Cyclobenzaprine ER for muscle spasm associated with low back and neck pain: Two randomized, double-blind, placebo-controlled studies of identical design
13	Malanga, Gerard A.		2009	Cyclobenzaprine ER for muscle spasm associated with low back and neck pain: two randomized, double-blind, placebo-controlled studies of identical design
14	Moreira, Alvaro		2014	Maternal use of cyclobenzaprine (Flexeril) may induce ductal closure and persistent pulmonary hypertension in neonates

<b>N°</b>	<b>Evaluador 1</b>	<b>Evaluador 2</b>	<b>Año</b>	<b>Título</b>
15	Rao, Rajeev	Rao, Rajeev	2012	Clinical comparative study: efficacy and tolerability of tolperisone and thiocolchicoside in acute low back pain and spinal muscle spasticity
16	Rossi, M.		2012	Eperisone versus tizanidine for treatment of chronic low back pain
17	Sartini, Silvana		2008	Open experience with a new myorelaxant agent for low back pain
18	See, S.		2008	Skeletal muscle relaxants
19	Soonawalla, D. F.	Soonawalla, D. F.	2008	Efficacy of thiocolchicoside in Indian patients suffering from low back pain associated with muscle spasm
20		Walker, Jan	2008	Review: non-steroidal anti-inflammatory drugs and muscle relaxants are moderately effective for low back pain
21	Weil, A. J.		2010	Efficacy and tolerability of cyclobenzaprine extended release for acute muscle spasm: A pooled analysis
22		Witenko, C.	2014	Considerations for the appropriate use of skeletal muscle relaxants for the management of acute low back pain

**Número inicial** **22**  
**Número final luego de revisión de texto completo** **11**

Pregunta N°11

N°	Evaluador 1	Evaluador 2	Año	Título
1	Afilalo, M.		2013	Efficacy of tapentadol ER for managing moderate to severe chronic pain
2	Altman, Roy D.		2010	Opioid therapy for osteoarthritis and chronic low back pain
3	Ashworth, Julie		2013	Opioid use among low back pain patients in primary care: Is opioid prescription associated with disability at 6-month follow-up?
4		Banerjee, M.	2012	Comparative study of efficacy and tolerability of flupirtine versus tramadol in non-steroidal anti-inflammatory drug intolerant mechanical low back pain
5	Berner, Todd		2011	A Comparison of Daily Average Consumption Of Oxycodone Controlled Release (OxyContin CR) And Oxymorphone Extended Release (Opana ER) In Patients With Low Back Pain
6	Berthelot, Jean-Marie		2015	Strong opioids for noncancer pain due to musculoskeletal diseases: Not more effective than acetaminophen or NSAIDs
7	Chiba, J.		2012	A phase III, open-label, long-term clinical trial of tramadol hydrochloride/acetaminophen combination tablet in patients with chronic pain
8	Chung, J. W. Y.		2013	Drug therapy for the treatment of chronic nonspecific low back pain: Systematic review and meta-analysis
9	Cifuentes, Manuel		2010	The course of opioid prescribing for a new episode of disabling low back pain: opioid features and dose escalation
10	Coluzzi, F.		2010	OROS Hydromorphone in chronic pain management: When drug delivery technology matches clinical needs
11	De Leon-Casasola, O.		2015	Refresher course: Opioids for non-cancer pain: The good, the bad, the ugly
12		de Leon-Casasola, Oscar A.	2013	Opioids for chronic pain: new evidence, new strategies, safe prescribing
13		Deyo, Richard A.	2015	Opioids for low back pain
14	Farquhar-Smith, P.		2013	Tramadol and acetaminophen combination for chronic non-cancer pain
15	Franklin, Gary M.		2009	Opioid use for chronic low back pain: A prospective, population-based study among injured workers in Washington state, 2002-2005

N°	Evaluador 1	Evaluador 2	Año	Título
16	Hale, M.		2015	Low risk of diversion in a randomized, double-blind, placebo-controlled study of extended-release hydrocodone tablets formulated with abuse-deterrence technology for the treatment chronic low back pain
17	Kahan, M.		2011	Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain - Clinical summary for family physicians. Part 1: General population
18	Kobus, A.		2013	Correlates of high-dose opioid medication use for low back pain in primary care
19	Manchikanti, L.		2011	Effectiveness of long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain
20	Matsushita, T.		2012	Phase III clinical study of tramadol hydrochloride/acetaminophen combination tablet in patients with chronic osteoarthritis pain or chronic low back pain - A randomized withdrawal, double-blind, parallelgroup, placebo-controlled study
21	Mayyas, Fadia		2010	A systematic review of oxymorphone in the management of chronic pain
22		McCarberg, B. H.	2010	Acute back pain: Benefits and risks of current treatments
23	Miller, Kate		2014	The impact of buprenorphine transdermal delivery system on activities of daily living among patients with chronic low back pain: an application of the international classification of functioning, disability and health
24	Nampiaparampil, Devi E.		2012	Oral opioid analgesics vs. spinal steroid injections in the treatment of low back pain syndromes
25	Nicholson, B.		2009	Benefits of extended-release opioid analgesic formulations in the treatment of chronic pain
26	Pergolizzi Jr, J. V.		2012	Tramadol/paracetamol fixed-dose combination in the treatment of moderate to severe pain
27	Plosker, G. L.		2011	Buprenorphine 5, 10 and 20mugh transdermal patch: A review of its use in the management of chronic non-malignant pain
28	Schofferman, Jerome		2008	Evidence-informed management of chronic low back pain with opioid analgesics
29	Siegel, L.		2008	[Opioids in musculoskeletal pain]
30	Tetsunaga, T.		2015	Efficacy of tramadol-acetaminophen tablets in low back pain patients with depression
31	Volinn, Ernest		2009	Opioid therapy for nonspecific low back pain and the outcome of chronic work loss
32	Wallace, M. L.		2013	Medication use patterns among patients with chronic low back pain taking chronic opioids

<b>N°</b>	<b>Evaluador 1</b>	<b>Evaluador 2</b>	<b>Año</b>	<b>Título</b>
33	Webster, Barbara S.		2009	Geographic variation in opioid prescribing for acute, work-related, low back pain and associated factors: a multilevel analysis
34	Webster, Lynn R.		2015	Comparative effects of morning vs. evening dosing of extended-release hydromorphone on sleep physiology in patients with low back pain: a pilot study
35	White, Andrew P.		2011	Pharmacologic management of chronic low back pain: synthesis of the evidence
36	Yarlas, A.		2013	A randomized, placebo-controlled study of the impact of the 7-day buprenorphine transdermal system on health-related quality of life in opioid-naive patients with moderate-to-severe chronic low back pain
37	Zgierska, A.		2014	Pharmacological and toxicological profile of opioid-treated, chronic low back pain patients entering a mindfulness intervention randomized controlled trial

**Número inicial** **37**  
**Número final luego de revisión de texto completo** **2**

VIII. Anexo 8: ADAPTE Aceptabilidad y aplicabilidad.

NICE 2009

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P1	P8	P9	P10	P11
<b>En general, la recomendación es aceptable</b>	Dudoso	Dudoso	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	NA	SI
El grado de la recomendación se sustenta adecuadamente en la fortaleza de la evidencia y en la magnitud del efecto	NO	NO	SI	NO	SI	NA	SI	Dudoso	SI	NA	SI
El beneficio de la intervención es suficiente, comparado con otro manejo disponible	Dudoso	Dudoso	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	NA	SI
La recomendación es compatible con la cultura y valores del medio donde serán usados	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	NA	SI
<b>En general, la recomendación es aplicable</b>	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	NA	SI
La intervención es aplicable a los pacientes en el contexto de uso	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	NA	SI
La intervención/equipo está disponible en el contexto de uso	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	NA	SI
La pericia necesaria está disponible en el contexto de uso	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	NA	SI
No existen limitaciones, leyes, políticas o alguna fuente dentro del sistema sanitario donde se usará la Guía que impida la implementación de la recomendación	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	NA	SI

ICSI 2012

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P1	P8	P9	P10	P11
<b>En general, la recomendación es aceptable</b>	Dudoso	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	SI	SI
El grado de la recomendación se sustenta adecuadamente en la fortaleza de la evidencia y en la magnitud del efecto	NO	NO	Dudoso	Dudoso	Dudoso	NA	Dudoso	Dudoso	Dudoso	Dudoso	Dudoso
El beneficio de la intervención es suficiente, comparado con otro manejo disponible	Dudoso	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	SI	SI
La recomendación es compatible con la cultura y valores del medio donde serán usados	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	SI	SI
<b>En general, la recomendación es aplicable</b>	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	SI	SI
La intervención es aplicable a los pacientes en el contexto de uso	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	SI	SI
La intervención/equipo está disponible en el contexto de uso	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	SI	SI
La pericia necesaria está disponible en el contexto de uso	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	SI	SI
No existen limitaciones, leyes, políticas o alguna fuente dentro del sistema sanitario donde se usará la Guía que impida la implementación de la recomendación	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	SI	SI

Alemania 2010

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P1	P8	P9	P10	P11
<b>En general, la recomendación es aceptable</b>	Dudoso	Dudoso	SI	SI							
El grado de la recomendación se sustenta adecuadamente en la fortaleza de la evidencia y en la magnitud del efecto	NO	NO	SI	SI							
El beneficio de la intervención es suficiente, comparado con otro manejo disponible	Dudoso	Dudoso	SI	SI							
La recomendación es compatible con la cultura y valores del medio donde serán usados	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
<b>En general, la recomendación es aplicable</b>	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
La intervención es aplicable a los pacientes en el contexto de uso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
La intervención/equipo está disponible en el contexto de uso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
La pericia necesaria está disponible en el contexto de uso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
No existen limitaciones, leyes, políticas o alguna fuente dentro del sistema sanitario donde se usará la Guía que impida la implementación de la recomendación	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

País Vasco 2007

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P1	P8	P9	P10	P11
<b>En general, la recomendación es aceptable</b>	Dudoso	Dudoso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
El grado de la recomendación se sustenta adecuadamente en la fortaleza de la evidencia y en la magnitud del efecto	NO	NO	Dudoso	SI	SI	Dudoso	SI	SI	SI	SI	SI
El beneficio de la intervención es suficiente, comparado con otro manejo disponible	Dudoso	Dudoso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
La recomendación es compatible con la cultura y valores del medio donde serán usados	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
<b>En general, la recomendación es aplicable</b>	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
La intervención es aplicable a los pacientes en el contexto de uso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
La intervención/equipo está disponible en el contexto de uso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
La pericia necesaria está disponible en el contexto de uso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
No existen limitaciones, leyes, políticas o alguna fuente dentro del sistema sanitario donde se usará la Guía que impida la implementación de la recomendación	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

IX. Tablas GRADE – Riesgo de sesgo ECAs y Revisiones sistemáticas.

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

Pregunta 1: ¿Cuál es el diagnóstico y la clasificación de lumbalgia?					
Outcomes	Riesgos comparativos (IC 95%)	Efecto relativo	Número de participantes (estudios)	Calidad de evidencia (GRADE)	Comentarios
No se encontraron Revisiones sistemáticas, ECA o cohortes					

**Pregunta 2. Revisión sistemática de Henschke et al. 2008**

<b>Pacientes/población</b>	Lumbalgia o trauma. No se detalla si estudios fueron en fase aguda o subaguda.				
<b>Pruebas previas</b>	Ninguna				
<b>Escenarios</b>	Servicios de emergencia (75%), pacientes de consulta, hospitalizados o de ambulatorio, departamento de radiología.				
<b>Pruebas índice</b>	Edad >50, género femenino, trauma mayor, dolor o sensibilidad, herida dolorosa distractora.				
<b>Prueba de referencia</b>	Fractura vertebral (FV) demostrada por Rayos X (75%), rayos X/CT (17%), rayos X/CT/MRI (8%)				
<b>Diseños de estudio</b>	12 estudios: Prospectivos (67%), retrospectivos (33%)				
<b>Prueba/Subgrupo</b>	<b>Medida resumen de precisión (IC 95%)</b>	<b>Número de participantes (estudios)</b>	<b>Prevalencia de fractura vertebral (rango)</b>	<b>Implicaciones</b>	<b>Calidad y comentarios</b>
Edad >50	LR+ 2.2 (1.4 a 2.8) LR- 0.34 (0.12 a 0.75) Se 79% (NR) Sp 64% (NR)	311 (1)	4.2% (NR)	El odds de tener FV se eleva dos veces si la prueba es positiva y disminuye a un tercio si es negativa. Con una prevalencia de 4%, 4 de 100 tienen FV. Una FV no se diagnosticará en aquellos con edad >50 (21% de 4). De los 96 pacientes sin FV, 35 serán diagnosticados con FV.	Sólo un estudio; calidad moderada por QUADAS. No es clara la razón de escoger el punto de corte de edad; existen otros estudios con diferentes puntos de corte de edad que no fueron escogidos por autores.
Género femenino	LR+ 2.3 (1.1 a 4.3) LR- 0.67 (0.37 a 0.97) Se 47% (NR) Se 47% (NR) Sp 80% (NR)	99 (1)	15.2% (NR)	El odds de tener FV se eleva dos veces si la prueba es positiva y disminuye a dos tercios si es negativa. Con una prevalencia de 15%, 15 de 100 tienen FV. Ocho FVs no se diagnosticarán en aquellos con género femenino (53% de 15). De los 85 pacientes sin FV, 17 serán diagnosticados con FV.	Sólo un estudio; calidad moderada por QUADAS. No es clara la razón de escoger las medidas de precisión de un estudio en particular; existe un estudio adicional con medidas de precisión diferente y no resaltadas por autores.

Trauma mayor	LR+ 12.8 (8.3 a 18.7) LR- 0.37 (0.2 a 0.57) Se 65% (NR) Sp 95% (NR)	871 (1)	3% (NR)	El odds de tener FV se eleva trece veces si la prueba es positiva y disminuye a un tercio si es negativa. Con una prevalencia de 3%, 3 de 100 tienen FV. Una FV no se diagnosticará en aquellos con trauma mayor (35% de 3). De los 97 pacientes sin FV, 5 serán diagnosticados con FV.	Sólo un estudio; calidad moderada por QUADAS. No es clara la razón de escoger trauma mayor como signo de alarma, pues otros signos también son significativos, tales como mecanismo severo de daño o trauma y signos neurológicos.
Dolor o sensibilidad	LR+ 6.7 (4.4 a 10.2) LR- 0.44 (0.32 a 0.58) Se 60% (NR) Sp 91% (NR)	167 (1)	9% (NR)	El odds de tener FV se eleva siete veces si la prueba es positiva y disminuye a la mitad si es negativa. Con una prevalencia de 9%, 9 de 100 tienen FV. Cuatro FVs no se diagnosticarán en aquellos con dolor o sensibilidad (40% de 9). De los 91 pacientes sin FV, 8 serán diagnosticados con FV.	Sólo un estudio; calidad moderada por QUADAS. No es clara la razón de escoger dolor o sensibilidad como signo de alarma, pues otros signos también son significativos, tales como dolor, dolor de espalda o sensibilidad, sensibilidad local, o sensibilidad.
Herida dolorosa distractora	LR+ 1.7 (1.3 a 2.0) LR- 0.78 (0.67 a 0.88) Se 41% (NR) Sp 75% (NR)	2404 (1)	6.3% (NR)	El odds de tener FV se eleva dos veces si la prueba es positiva y disminuye a 80% si es negativa. Con una prevalencia de 6%, 6 de 100 tienen FV. Cuatro FVs no se diagnosticarán en aquellos con herida dolorosa distractora (59% de 6). De los 94 pacientes sin FV, 24 serán diagnosticados con FV.	Sólo un estudio; calidad moderada por QUADAS. No se explica con claridad a qué se refieren los autores con herida dolorosa distractora.

FV: Fractura vertebral. LR+: likelihood ratio positivo; LR-: likelihood ratio negativo; Se: Sensibilidad; Sp: Especificidad

**Pregunta 2: Revisión Sistemática de Henschke et al. 2013**

<b>Pacientes/poblacion</b>	Pacientes adultos que se presentaron para tratamiento de lumbalgia o para examen de columna. No se detalla si estudios fueron en fase aguda o subaguda.				
<b>Pruebas previas</b>	Ninguna				
<b>Escenarios</b>	Atención primaria y secundaria.				
<b>Pruebas índice</b>	Todas las características relevantes tomadas durante la historia o examen físico: edad>50, edad>70, dolor progresivo constante, duración del episodio> 1 mes, inicio gradual antes de los 40 años, familiaridad de la lumbalgia, inicio insidioso, ausencia de mejoría luego de 1 mes, historia previa de cáncer, trauma reciente de espalda, dolor severo, sensación de sentirse mal constantemente, dolor torácico, descanso en cama sin mejoría, pérdida de peso sin explicación, sensibilidad alterada debajo del tronco, fiebre (>100F), espasmo muscular, síntomas neurológicos, sensibilidad de la columna.				
<b>Prueba de referencia</b>	Cáncer de columna (CaC)				
<b>Diseños de estudio</b>	8 estudios: Atención primaria (75%), atención secundaria (25%)				
<b>Prueba/Subgrupo</b>	<b>Medida resumen de precisión (IC 95%)</b>	<b>Número de participantes (estudios)</b>	<b>Prevalencia de cáncer de columna (rango)</b>	<b>Implicaciones</b>	<b>Calidad y comentarios</b>
Edad >50	LR+ NR (1.92 a 2.65) Se de 50% (1 a 99%) a 77% (46 a 95%) Sp de 66% (63 a 69%) a 74% (70 a 78%) VPP NR (0 a 1.8%) en primaria, y 11.4% (NR) en secundaria.	4473 (5; 4 primarios,1 secundario)	0.8% (NR)	El odds de tener CaC se eleva dos veces si la prueba es positiva. Con una prevalencia de 0.8%, 1 de 100 tienen CaC. Menos de un CaC no se diagnosticará en aquellos con edad >50 (64% de 1). De los 99 pacientes sin CaC, 30 serán diagnosticados con CaC. De 100 pacientes vistos en atención primaria y con prueba positiva, 1 tiene CaC; de 100 pacientes vistos en atención secundaria y con prueba positiva, 11 tienen CaC.	Cinco estudios; calidad moderada por QUADAS. No es clara la razón de escoger el punto de corte de edad; existen otros estudios con diferentes puntos de corte de edad (e.g. >70 años). Debido al número limitado de estudios y a la heterogeneidad clínica, no se realizó meta-análisis de precisión diagnóstica.

Síntomas neurológicos	Se 0% (0 a 1%) Sp de 91% (90 a 92%) a 97% (95 a 98%) VPP 0% (NR)	2816 (2)	0.5% (NR)	Con una prevalencia de 0.5%, 1 de 100 tienen CaC. Un CaC no se diagnosticará en aquellos con síntomas neurológicos (99% de 1). De los 99 pacientes sin CaC, 6 serán diagnosticados con CaC.	Dos estudios; calidad moderada por QUADAS. Los síntomas neurológicos se refieren fundamentalmente a déficit neurológico.
Inicio insidioso	VPP NR (0 a 0.7%)	3120 (2)	0.4% (NR)	De 100 pacientes con prueba positiva, menos de 1 tiene CaC.	Dos estudios; calidad moderada por QUADAS.
Ausencia de mejoría en 1 mes	VPP NR (1.7 a 2%)	2596 (2)	0.7% (NR)	De 100 pacientes con prueba positiva, 1 tiene CaC.	Dos estudios; calidad moderada por QUADAS.
Historia previa de cáncer	VPP NR (0 a 9.3%)	3121 (2)	0.4% (NR)	De 100 pacientes con prueba positiva, 5 tienen CaC.	Dos estudios; calidad moderada por QUADAS.
Descanso en cama sin mejoría	VPP NR (0 a 0.8%)	2115 (2)	0.2% (NR)	De 100 pacientes con prueba positiva, 1 tiene CaC.	Dos estudios; calidad moderada por QUADAS.
Pérdida de peso sin explicación	VPP 1.7% (NR)	3123 (2)	0.4% (NR)	De 100 pacientes con prueba positiva, 2 tienen CaC.	Dos estudios; calidad moderada por QUADAS.

CaC: Cáncer de columna. LR+: likelihood ratio positivo; LR-: likelihood ratio negativo; Se: Sensibilidad; Sp: Especificidad; VPP: Valor predictivo positivo. Sólo pruebas evaluadas en al menos dos estudios son descritos en esta tabla de resumen.

**Pregunta 2: Revisión Sistemática de Williams et al. 2013**

<b>Pacientes/población</b>	Pacientes con lumbalgia o para examen de columna lumbar. No se detalla si estudios fueron en fase aguda o subaguda.				
<b>Pruebas previas</b>	Ninguna				
<b>Escenarios</b>	Atención primaria, secundaria y terciaria.				
<b>Pruebas índice</b>	Todas las características relevantes tomadas durante la historia o examen físico: Edad >70, Edad >74, trauma significativo, historia de uso de corticosteroides, contusión/abrasión; mujer+edad>64; mujer+edad>74; trauma+signos neurológicos.				
<b>Prueba de referencia</b>	Fractura vertebral (FV) diagnosticada por imágenes (rayos X, tomografía computada, resonancia magnética nuclear, scan oseo)				
<b>Diseños de estudio</b>	8 estudios: Cohorte prospectivas (50%), revisiones de historias retrospectivas (50%)				
<b>Prueba/Subgrupo</b>	<b>Medida resumen de precisión (IC 95%)</b>	<b>Número de participantes (estudios)</b>	<b>Prevalencia de fractura vertebral (rango)</b>	<b>Implicaciones</b>	<b>Calidad y comentarios</b>
Edad >74	LR+ 9.4 (2.7 a 32.8) LR- 0.8 (0.5 a 1.2) Se NR (25 a 59%) Sp NR (84 a 97%)	3179 (2)	2.9% (NR)	El odds de tener FV se eleva nueve veces si la prueba es positiva y disminuye 20% si la prueba es negativa. Con una prevalencia de 3%, 3 de 100 tienen FV. Dos FV no se diagnosticarán en aquellos con edad >74 (57% de 3). De los 97 pacientes sin FV, 10 serán diagnosticados con FV.	Dos estudios; calidad moderada por QUADAS. No es clara la razón de escoger el punto de corte de edad; se evaluaron diferentes puntos de corte de edad en el estudio.
Trauma significativo	LR+ 10 (2.9 a 35.1) LR- 0.8 (0.5 a 1.2) Se NR (25 a 65%) Sp NR (90 a 98%)	2670 (3)	2.3% (NR)	El odds de tener FV se eleva diez veces si la prueba es positiva y disminuye 20% si la prueba es negativa. Con una prevalencia de 2%, 2 de 100 tienen FV. Una FV no se diagnosticará en aquellos con trauma significativo (55% de 2). De los 98 pacientes sin FV, 6 serán diagnosticados con FV.	Tres estudios; calidad moderada por QUADAS.

Historia de uso de corticosteroides	LR+ 49 (11.5 a 205) LR- 0.8 (0.5 a 1.1) Se NR (0 a 25%) Sp 99% (NR)	1799 (2)	2% (NR)	El odds de tener FV se eleva cuarentainueve veces si la prueba es positiva y disminuye 20% si la prueba es negativa. Con una prevalencia de 2%, 2 de 100 tienen FV. Dos FV no se diagnosticarán en aquellos con trauma significativo (88% de 2). De los 98 pacientes sin FV, uno será diagnosticado con FV.	Dos estudios; calidad moderada por QUADAS.
Género femenino y edad >64	LR+ 14.6 (8 a 26.6)LR- 0.4 (0.2 a 1)Se NR (59 a 63%)Sp NR (84 a 97%)	3278 (2)	2.9% (NR)	El odds de tener FV se eleva quince veces si la prueba es positiva y disminuye 60% si la prueba es negativa. Con una prevalencia de 3%, 3 de 100 tienen FV. Una FV no se diagnosticará en aquellos con trauma significativo (40% de 3). De los 97 pacientes sin FV, nueve serán diagnosticados con FV.	Dos estudios; calidad moderada por QUADAS.
Género femenino y edad >74	LR+ 16.2 (4.5 a 58.4) LR- 0.8 (0.5 a 1.1) Se NR (25 a 45%) Sp NR (89 a 98%)	3278 (2)	2.9% (NR)	El odds de tener FV se eleva dieciséis veces si la prueba es positiva y disminuye 20% si la prueba es negativa. Con una prevalencia de 3%, 3 de 100 tienen FV. Dos FV no se diagnosticarán en aquellos con trauma significativo (65% de 3). De los 97 pacientes sin FV, seis serán diagnosticados con FV.	Dos estudios; calidad moderada por QUADAS.

FV: Fractura vertebral. LR+: likelihood ratio positivo; LR-: likelihood ratio negativo; Se: Sensibilidad; Sp: Especificidad. Sólo pruebas evaluadas en al menos dos estudios son descritos en esta tabla de resumen.

**Pregunta 2: Estudio de cohorte retrospectivo de Raison et al. 2014**

<b>Pacientes/población</b>	Pacientes con lumbalgia aguda				
<b>Pruebas previas</b>	Ninguna				
<b>Escenarios</b>	Servicio de emergencia.				
<b>Pruebas índice</b>	Alteración sensorial en silla de montar, disfunción vesical/intestinal, ambas.				
<b>Prueba de referencia</b>	Compresión de medula espinal o cauda equina (CMECC) diagnosticada por resonancia magnética nuclear.				
<b>Diseños de estudio</b>	Un estudio de cohorte retrospectivo				
<b>Prueba/Subgrupo</b>	<b>Medida resumen de precisión (IC 95%)</b>	<b>Número de participantes (estudios)</b>	<b>Prevalencia de CMECC (rango)</b>	<b>Implicaciones</b>	<b>Calidad y comentarios</b>
Alteración sensorial en silla de montar	LR+ 2.1 (NR) Se 27% (12 a 48%) Sp 87% (81 a 92%)	206 (1)	15.5% (NR)	El odds de tener CMECC se eleva dos veces si la prueba es positiva. Con una prevalencia de 16%, 16 de 100 tienen CMECC. Doce CMECC no se diagnosticarán en aquellos con alteración sensorial en silla de montar (73% de 16). De los 84 pacientes sin CMECC, 11 serán diagnosticados con CMECC.	Un estudio; Calidad baja según QUADAS.
Disfunción vesical/intestinal	LR+ 2.5 (NR) Se 65% (44 a 82%) Sp 73% (66 a 80%)	206 (1)	15.5% (NR)	El odds de tener CMECC se eleva tres veces si la prueba es positiva. Con una prevalencia de 16%, 16 de 100 tienen CMECC. Seis CMECC no se diagnosticarán en aquellos con alteración sensorial en silla de montar (35% de 16). De los 84 pacientes sin CMECC, 4 serán diagnosticados con CMECC.	Un estudio; Calidad baja según QUADAS.

Alteración sensorial en silla de montar o Disfunción vesical/intestinal	LR+ 3.5 (NR) Se 27% (21 a 48%) Sp 92% (87 a 96%)	206 (1)	15.5% (NR)	El odds de tener CMECC se eleva cuatro veces si la prueba es positiva. Con una prevalencia de 16%, 16 de 100 tienen CMECC. Doce CMECC no se diagnosticarán en aquellos con alteración sensorial en silla de montar o disfunción vesical/intestinal (73% de 16). De los 84 pacientes sin CMECC, 7 serán diagnosticados con CMECC.	Un estudio; Calidad baja según QUADAS.
---	--	---------	------------	--	--

CMECC: Compresión de médula espinal y cauda equina. LR+: likelihood ratio positivo; LR-: likelihood ratio negativo; Se: Sensibilidad; Sp: Especificidad

**Pregunta 3. Revisión sistemática de Van Rijn 2012**

<b>Pacientes/población</b>	Lumbalgia causada por patología específica (síndrome radicular, estenosis espinal, tumores espinales, fracturas espinales, infección/inflamación espinal, espondilolistesis, espondilólisis, espondilitis anquilosante, desplazamiento de disco, fracturas por osteoporosis y otras enfermedades degenerativas).				
<b>Pruebas previas</b>	Ninguna				
<b>Escenarios</b>					
<b>Pruebas índice</b>	TAC				
<b>Prueba de referencia</b>	Hallazgo en cirugía, opinión de panel de expertos, proceso diagnóstico o RMN.				
<b>Diseños de estudio</b>	7 estudios: Prospectivos (100%)				
<b>Prueba/ Subgrupo</b>	<b>Medida resumen de precisión (IC 95%)</b>	<b>Número de participantes (estudios)</b>	<b>Prevalencia de hernia lumbar (rango)</b>	<b>Implicaciones</b>	<b>Calidad y comentarios</b>
Hernia lumbar	LR+ 2.94 (2.12 a 4.09) LR- 0.31 (0.22 a 0.43) Se 77% (66-86) Sp 74% (62-83)	411 (7)	69.5% (49.2-90.5%)	El odds de tener hernia lumbar se eleva dos veces si la prueba es positiva y disminuye a un tercio si es negativa.	Calidad moderada por QUADAS.

LR+: likelihood ratio positivo; LR-: likelihood ratio negativo; Se: Sensibilidad; Sp: Especificidad

**Pregunta 3. Revisión Sistemática de Wassenaar 2012**

<b>Pacientes/población</b>	Lumbalgia causada por patología específica (síndrome radicular, estenosis espinal, tumores espinales, fracturas espinales, infección/inflamación espinal, espondilolistesis, espondilólisis, espondilitis anquilosante, desplazamiento de disco, fracturas por osteoporosis y otras enfermedades degenerativas)				
<b>Pruebas previas</b>	Ninguna				
<b>Escenarios</b>					
<b>Pruebas índice</b>	Resonancia magnética				
<b>Prueba de referencia</b>	Hallazgo en cirugía, opinión de panel de expertos o proceso diagnóstico.				
<b>Diseños de estudio</b>	8 estudios: 6 Prospectivos (75%) y 2 retrospectivos (25%).				
<b>Prueba/ Subgrupo</b>	<b>Medida resumen de precisión (IC 95%)</b>	<b>Número de participantes (estudios)</b>	<b>Prevalencia de hernia lumbar (rango)</b>	<b>Implicaciones</b>	<b>Calidad y comentarios</b>
Hernia del núcleo pulposo	LR+ 3.30 (1.76-6.21) LR- 0.33 (0.21-0.5) Se 75% (65-83%) Sp 77% (61-88%)	197 (5)	63% (49-77%)	El odds de tener hernia del núcleo pulposo se eleva tres veces si la prueba es positiva y disminuye a un tercio si es negativa.	Calidad moderada por QUADAS. Heterogeneidad no explorada dado pequeño número de estudios
Compresión nerviosa por HNP	Se 81% y 92% Sp 52% y 100%	118 (2)	77 y 93%		Calidad moderada por QUADAS. Un estudio con alta especificidad por verificación parcial, no todos se sometieron a prueba de referencia (cirugía)
Estenosis espinal	Se 87% y 96% Sp 68% y 75%	118(2)	2.7 y 83%		Calidad moderada por QUADAS.

HNP: Hernia de disco pulposo; LR+: likelihood ratio positivo; LR-: likelihood ratio negativo; Se: Sensibilidad; Sp: Especificidad.

**Pregunta 3. Estudio de cohorte de Friedman 2010**

<b>Pacientes/población</b>	Visita a emergencia relacionada a lumbalgia (síntomas lumbares, síntomas de espalda, daño de espalda, contusión, abrasión y equimosis)				
<b>Pruebas previas</b>	Ninguna				
<b>Escenarios</b>	Emergencia				
<b>Pruebas índice</b>	Resonancia magnética y TAC.				
<b>Prueba de referencia</b>	Edad, género, tipo de seguro, tiempo de hospitalización.				
<b>Diseños de estudio</b>	cohorte				
<b>Prueba/ Subgrupo</b>	<b>Medida resumen de precisión (IC 95%)</b>	<b>Número de participantes (estudios)</b>	<b>Prevalencia lumbalgia inespecífica (rango)</b>	<b>Implicaciones</b>	<b>Calidad y comentarios</b>
Rx simple	30.5% (28.1-32.9%)	1245	63.5% (61.2-65.7%)		Calidad moderada por QUADAS. Estudio descriptivo de porcentaje de uso.
RMN o TAC	6.1 (5.1-7.1%)	267	63.5% (61.2-65.7%)		Calidad moderada por QUADAS. Estudio descriptivo de porcentaje de uso.

**Pregunta 3. Estudio de cohorte de Graves 2012**

<b>Pacientes/población</b>	Trabajadores con reclamos de daño de espalda ocupacionales.				
<b>Pruebas previas</b>	Ninguna				
<b>Escenarios</b>					
<b>Pruebas índice</b>	Resonancia magnética.				
<b>Prueba de referencia</b>	Cuestionario de discapacidad de Roland Morris, tipo de daño, facturas médicas.				
<b>Diseños de estudio</b>	cohorte				
<b>Prueba/ Subgrupo</b>	<b>Medida resumen de precisión (IC 95%)</b>	<b>Número de participantes (estudios)</b>	<b>Prevalencia lumbalgia inespecífica (rango)</b>	<b>Implicaciones</b>	<b>Calidad y comentarios</b>
RMN	En esguince la RMN temprana tuvo RR 2.03 (1.33-3.11)	1226	77.9% esguince 22.1% radiculopatía	La RMN temprana incrementó al doble la probabilidad de discapacidad.	Calidad moderada por QUADAS. Estudio descriptivo de porcentaje de uso.

**Pregunta 3. Estudio de cohorte de Hilal 2013**

<b>Pacientes/población</b>	Lumbalgia referida al departamento de radiología para RMN.				
<b>Pruebas previas</b>	Ninguna				
<b>Escenarios</b>					
<b>Pruebas índice</b>	Resonancia magnética				
<b>Prueba de referencia</b>					
<b>Diseños de estudio</b>	cohorte				
<b>Prueba/ Subgrupo</b>	<b>Medida resumen de precisión (IC 95%)</b>	<b>Número de participantes (estudios)</b>	<b>Prevalencia lumbalgia inespecífica (rango)</b>	<b>Implicaciones</b>	<b>Calidad y comentarios</b>
Compresión nerviosa	Exactitud diagnóstica 100%	109	85.5% (NR) hernia de disco lumbar.	69 verdaderos positivos y 41 verdaderos negativos.	MRN despistaje: secuencias T2 axial y sagital. MRN rutina: Secuencia sagital T1 y T2, T2 axial, T2 sagital con grasa saturada y secuencia de mielografía.

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

Outcomes	Riesgos comparativos (IC 95%)		Efecto relativo	Número de participantes (estudios)	Calidad de evidencia (GRADE)	Comentarios
	Grupo control (Permanecer activo)	Grupo intervención (Reposo en cama)				
Intensidad del dolor (score/VAS), corto plazo (seguimiento 2 a 4 semanas)		DM 0.02 [-0.16, 0.20]		480 (3)	⊕⊕○○ Baja	Dahm 2010 (Revisión sistemática Cochrane)
Intensidad del dolor (score/VAS), largo plazo (seguimiento 12 semanas)		DM 0.25 [0.05, 0.45]		393 (2)	⊕⊕⊕○ Moderada	
Estado Funcional (Eiffel Index/Oswestry questionnaire), corto plazo (seguimiento 3 a 4 semanas)		DM 0.29 [0.09, 0.49]		400 (2)	⊕⊕⊕○ Moderada	
Estado Funcional (Eiffel Index/Oswestry questionnaire), largo plazo (seguimiento 12 semanas)		DM 0.24 [0.04, 0.44]		393 (2)	⊕⊕⊕○ Moderada	

Outcomes	Riesgos comparativos (IC 95%)		Efecto relativo	Número de participantes (estudios)	Calidad de evidencia (GRADE)	Comentarios
	Grupo control (Permanecer activo)	Grupo intervención (Reposo en cama)				
Número de días sin dolor	NR	NR	NR	NR (1)	⊕○○○ Muy baja	No hay diferencia entre grupos; very limited information from the abstract of the SR of Friedman 2015

DM: Diferencia de medias; SR: revisión sistemática

Hall et al 2008, una opinión de experto, reporto efectos similares a Dahm et al 2010. Por lo tanto no se incluyó en la tabla.

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

Outcomes	Riesgos comparativos (IC 95%)		Efecto relativo	Número de participantes (estudios)	Calidad de evidencia (GRADE)	Comentarios
	Grupo control	Grupo activo				
Dolor (score/VAS)	Recomendación de estar activo	Reposo en cama Media de intensidad de dolor fue 0.02 desviaciones estándar mayor (0.16-0.2)		480 (3)	⊕⊕○○ Bajo	Dahm 2010 (Revisión sistemática Cochrane) Lumbalgia aguda
Estado Funcional (Eiffel Index/Oswestry questionnaire)	Recomendación de estar activo	Reposo en cama Media de Estado Funcional a corto plazo fue 0.29 desviaciones estándar mayor (0.09-0.49)		400 (2)	⊕⊕⊕○ Moderado	
Discapacidad para el trabajo	NR	NR	OR 0.66 [0.38,0.92]	1992 (8)	⊕⊕○○ Bajo	Oesch 2011 (Revisión sistemática) sólo a largo plazo.
Dolor (NRS)	Intervención Mínima 33.9 a 52 puntos	Pilates -14.05 menos (-18.9 a -9.2)	DM -14.05 (-18.91 a -9.19)	265 (6)	⊕⊕⊕○ Moderado	Yamato 2015 (Revisión sistemática Cochrane) Pilates
Discapacidad (múltiples escalas)	Intervención Mínima 27.9 a 44.4 puntos	Pilates -11.2 (-18.4 a -3.9)	DM -11.2 (-18.41 a -3.92)	146 (2)		
Discapacidad (Roland Morris)	8.4 (6.2)	Diferencia 1.3 [0.8-1.9]		17/16	⊕○○○ Muy bajo	Aluko 2013 (RCT) Ejercicios de estabilización del tronco.

Outcomes	Riesgos comparativos (IC 95%)		Efecto relativo	Número de participantes (estudios)	Calidad de evidencia (GRADE)	Comentarios
	Grupo control	Grupo activo				
Discapacidad (Oswestry)	-30.0 (-32.4 to -27.7)	Diferencia -3.5 [-6.8, -0.08]		108/112	⊕⊕⊕○ Moderado	Fritz 2015 (RCT) terapia física temprana vs tto estándar A 4 semanas
Discapacidad (Roland Morris)	NR	NR	No efecto	124/122	⊕⊕⊕○ Moderado	Hagen 2014 (RCT) ejercicios de 1h 3v/sem 8 semanas

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

Outcomes	Riesgos comparativos (IC 95%)		Efecto relativo	Número de participantes (estudios)	Calidad de evidencia (GRADE)	Comentarios
	Grupo control	Grupo intervención				
	<b>Manipulación espinal fingida (MEF)</b>	<b>Manipulación espinal (ME)</b>		395 (3)	⊕⊕⊕⊕ Alta	Hidalgo 2014 (Revisión sistemática) RCTs evaluaron terapia manual con o sin ejercicio en lumbalgia aguda.  Globalmente evidencia fuerte para ME vs MEF para dolor y función a corto plazo (<3 meses). No hubo diferencias significativas entre grupos para salud global y calidad de vida.
Dolor (VAS/Escala numérica)	NR	DM 45 días: 1.8	NR	102 (1)		
	NR	DM 90 días: 1.8	NR			
	NR	DME 4 semanas: 0.7	NR	192 (1)		
Discapacidad Funcional	NR	DM 9 días: 2	NR	101 (1)		
	NR	DME Oswestry 4 semanas: 0.35 (vs miorelajante+MEF); 0.29 (vs placebo+MEF)	NR	192 (1)		
	<b>Cuidado médico usual (CMU)</b>	<b>Manipulación espinal + cuidado médico usual</b>	NR	88 (1)	⊕⊕⊕○ Moderada	Evidencia moderada a favor de ME o ME+ técnicas de movilización espinal combinadas con CMU vs CMU sola para dolor y mejora funcional a muy corto o corto plazo.
Discapacidad funcional (Roland-Morris)	NR	DM 16-24 semanas: 2.6	NR			
	<b>Cuidado médico usual</b>	<b>Manipulación espinal + técnicas de movilización espinal + cuidado médico usual</b>	NR	63 (1)	⊕⊕⊕○ Moderada	

Outcomes	Riesgos comparativos (IC 95%)		Efecto relativo	Número de participantes (estudios)	Calidad de evidencia (GRADE)	Comentarios
	Grupo control	Grupo intervención				
Dolor (VAS)	NR	DME 4 semanas: 1.04 (dolor actual); 0.88 (dolor típico)	NR			
Discapacidad funcional (Roland-Morris)	NR	DME 4 semanas: 0.56	NR			
	<b>Terapias físicas combinadas</b>	<b>Escuela de espalda</b>	NR	30 (1)	⊕○○○ Muy baja	Poquet 2016 [revisión sistemática Cochrane]  Escuela de espalda para lumbalgia aguda o subaguda en 643 pacientes (4 estudios).  Demasiado heterogéneo para calcular efectos con metanálisis.
Dolor a corto plazo (índice de dolor 0-70)	Mediana 21	Mediana 22				
	<b>Diatermia de onda corta</b>	<b>Escuela de la espalda</b>	NR	29 (1)		
Dolor a corto plazo (índice de dolor 0-70)	Mediana 17	Mediana 22				
	<b>Terapia miofacial</b>	<b>Escuela de la espalda</b>				
Dolor a corto plazo (VAS 0-10)	2.78	-0.65 (-1.49 a 0.19)	NR	63 (1)		
Dolor a mediano plazo (VAS 0-10)	2.99	-0.7 (-1.92 a 0.52)	NR	61 (1)		
Discapacidad funcional corto plazo (Roland-Morris 0-24)	5.8	-1.54 (-3.88 a 0.8)	NR	63 (1)		
Discapacidad funcional mediano plazo (Roland-Morris 0-24)	5.1	-1.58 (-4.02 a 0.86)	NR	61 (1)		

Outcomes	Riesgos comparativos (IC 95%)		Efecto relativo	Número de participantes (estudios)	Calidad de evidencia (GRADE)	Comentarios
	Grupo control	Grupo intervención				
	<b>Manipulación articular</b>	<b>Escuela de la espalda</b>				
Dolor a corto plazo (VAS 0-10)	2.58	-0.45 (-1.33 a 0.43)	NR	59 (1)		
Dolor a mediano plazo (VAS 0-10)	2.4	-0.11 (-1.39 a 1.17)	NR	54 (1)		
Discapacidad funcional corto plazo (Roland-Morris 0-24)	4.4	-0.16 (-2.5 a 2.18)	NR	59 (1)		
Discapacidad funcional mediano plazo (Roland-Morris 0-24)	3.3	0.19 (-2.3 a 2.7)	NR	55 (1)		
	<b>Terapia miofacial + Manipulación articular</b>	<b>Escuela de la espalda</b>				
Dolor a corto plazo (VAS 0-10)	2.04	0.09 (-0.68 a 0.86)	NR	62 (1)		
Dolor a mediano plazo (VAS 0-10)	2.24	0.05 (-1.13 a 1.23)	NR	63 (1)		
Discapacidad funcional corto plazo (Roland-Morris 0-24)	3.73	0.53 (-1.6 a 2.66)	NR	62 (1)		
Discapacidad funcional mediano plazo (Roland-Morris 0-24)	3.56	-0.08 (-2.33 a 2.17)	NR	62 (1)		

DM: Diferencia de medias; DME: Diferencia de medias estandarizada; ME: Manipulación espinal; MEF: Manipulación espinal fingida; CMU: Cuidado médico usual.

**Pregunta 7: ¿Son las fajas/corsés eficaces en el tratamiento del lumbago agudo inespecífico?**

Outcomes	Riesgos comparativos (IC 95%)		Efecto relativo	Número de participantes (estudios)	Calidad de evidencia (GRADE)	Comentarios
	Grupo control	Grupo activo				
Score EIFEL	DM 7.6 ± 4.4	DM 6.1 ± 4.7		210 (1)	⊕⊕○○ Bajo	Calmels 2009 (RCT) Cinturón lumbar en lumbalgia subaguda
VAS dolor	DM 41.5 ± 21.4	DM 32.0 ± 20				
Uso medicamentos	60.8%	40%				

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

Outcomes	Riesgos comparativos (IC 95%)		Efecto relativo	Número de participantes (estudios)	Calidad de evidencia (GRADE)	Comentarios
	Grupo control	Grupo intervención				
Recuperación del dolor	<b>Ningún tratamiento</b>	<b>Paracetamol</b>			⊕⊕⊕○ Moderada	Davies 2008 [Revisión sistemática] vs ibuprofeno, electroacupuntura, o ningún tratamiento. La revisión sistemática evaluó 676 pacientes de 7 RCTs con lumbalgia aguda y crónica (un estudio de lumbalgia crónica y un estudio de lumbalgia aguda + crónica no son evaluados en esta tabla).
	18/22	13/24	RR 0.66 (0.44-1.01)	46 (1)		
	<b>Ibuprofeno</b>	<b>Paracetamol</b>				
	16/24	13/24	RR 0.81 (0.51-1.29)	48 (1)		
Dolor a las 6 semanas (VAS 0-10)	<b>Electroacupuntura</b>	<b>Paracetamol</b>				
	0.3 (2.0)	DM 1.0 (-1.2 a 2.3)	NR	40 (1)		
Discapacidad funcional a las 6 sem (VAS 0-10)	<b>Electroacupuntura</b>	<b>Paracetamol</b>				
	0.2 (NA)	DM 1.4 (NA)	NR	40 (1)		
Tiempo hasta recuperación del dolor	<b>Placebo</b>	<b>Paracetamol regular tid 4000 mg/d</b>		1652 (1)	⊕⊕⊕⊕ Alta	Williams 2014 (RCT) La recuperación del dolor fue definida como score de 0 o 1 (en escala VAS 0-10) sostenido por 7 días consecutivos.
	16 días (14-20)	17 días (14-19)	HR 0.99 (0.87-1.14)			
	<b>Placebo</b>	<b>Paracetamol condicional hasta 4000 mg/d</b>				
	16 días (14-20)	17 días (15-20)	HR 1.05 (0.92-1.19)			
Dolor (escala VAS 0-10) a las 12 semanas	<b>Placebo</b>	<b>Paracetamol regular tid 4000 mg/d</b>		1652 (1)	⊕⊕⊕⊕ Alta	

Outcomes	Riesgos comparativos (IC 95%)		Efecto relativo	Número de participantes (estudios)	Calidad de evidencia (GRADE)	Comentarios
	Grupo control	Grupo intervención				
	1.3 (2.3)	1.2 (2.2) DM: NR	NR			
	<b>Placebo</b>	<b>Paracetamol condicional hasta 4000 mg/d</b>				
	1.3 (2.3)	1.3 (2.2) DM: NR	NR			
Discapacidad funcional (escala Roland Morris 0-24) a las 12 semanas	<b>Placebo</b>	<b>Paracetamol regular tid 4000 mg/d</b>				
	2.4 (4.5)	2.4 (4.7) DM: NR	NR			
	<b>Placebo</b>	<b>Paracetamol condicional hasta 4000 mg/d</b>				
	2.4 (4.5)	2.6 (4.9) DM: NR	NR			

RCTs: Ensayos controlados aleatorizados; DM: Diferencia de medias.

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

Outcomes	Riesgos comparativos (IC 95%)		Efecto relativo	Número de participantes (estudios)	Calidad de evidencia (GRADE)	Comentarios
	Grupo control	Grupo activo				
Dolor (VAS/NRS)	NR	DM -10.9 [-17.6,-4.2]		2847(13)	⊕⊕⊕○ Moderada	Abdel Shaheed 2014 (Revisión sistemática) ibuprofeno y diclofenaco
Dolor (PR/PI/VAS)	NR	NR		635 (5)	⊕⊕⊕○ Moderada	Moore 2008 (Revisión sistemática) dexketoprofen
Dolor (VAS)	-8 (-16.41,0.41) -23.4 (-43.67, -3.13) -10 (-16.67, -3.33) -4 (-12.08, 4.08)	DM -8.39 (-12.68, -4.10)		745 (4)	⊕⊕⊕○ Moderada	Roelofs 2008 (Revisión sistemática Cochrane) Vs paracetamol pero menos EA en paracetamol

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

Outcomes	Riesgos comparativos (IC 95%)		Efecto relativo	Número de participantes (estudios)	Calidad de evidencia (GRADE)	Comentarios
	Grupo control	Grupo intervención				
Dolor (Score VAS 0-100)	Placebo	Relajante muscular		NR (8)	⊕○○○ Muy baja	Machado 2009 [Revisión sistemática] Nueve estudios (n=820) evaluaron relajantes musculares; Ocho de ellos en lumbalgia aguda (n=NA). Eficacia analgésica significativamente mejor con relajantes musculares vs placebo. Dosis no reportada.
	NR	DM -12 (-6 a -18)	NR			
	Tiocolchicosido 8 mg bid	Eperisona 100 mg tid		160(1)	⊕⊕○○ Baja	Cabitz 2008 (RCT)
Dolor (VAS 0-100) a los 12 días	-15 (NR)	-15 (NR) DM: NR	NR			No hubo diferencia en dolor con score VAS y en % libre
Porcentaje libre de dolor al movimiento 12d	13.8%	20.3%	NR			

Outcomes	Riesgos comparativos (IC 95%)		Efecto relativo	Número de participantes (estudios)	Calidad de evidencia (GRADE)	Comentarios
	Grupo control	Grupo intervención				
Porcentaje libre de dolor a la presión 12d	22.8%	18.9%	NR			de dolor a los 12 días entre grupos.
	<b>Placebo</b>	<b>Eperisona 50mg tid</b>		240(1)	⊕⊕○○ Baja	Chandanwale 2011 (RCT)
Reducción de distancia dedo-a-piso (en cm)	-21.6%	-72.5%	NR			Diferencias significativas para los desenlaces objetivos y subjetivos.
Reducción de Hipermiotonia dorsal y lumbar	-29.5%	-75.2%	NR			
Reduccional dolor lumbar (VAS 0-100)	-33.5%	-68.9%	NR			
Mejora en discapacidad funcional (Roland-Morris 0-24) entre emergencia y 7 días de seguimiento	<b>Naproxeno+ Placebo</b>	<b>Naproxeno+ ciclobenzaprina</b>		215 (1)	⊕⊕⊕○ Moderada	Friedman 2015 (RCT)  No hay diferencia en mejora de discapacidad funcional entre grupos.
	9.8 (7.9 to 11.7)	DM: 0.3 (-2.6 a 3.2)	NR			
	<b>Tiocolchicosido + aclofenaco</b>	<b>Clorzoxazona + aclofenaco+paracetamol</b>		100 (1)	⊕⊕○○ Baja	Kumar 2014 (RCT)

Outcomes	Riesgos comparativos (IC 95%)		Efecto relativo	Número de participantes (estudios)	Calidad de evidencia (GRADE)	Comentarios
	Grupo control	Grupo intervención				
Dolor (VAS 0-10) al día 7	1.3 (NR), reducción del 85%	2.7 (NR), reducción del 70% DM: NR	NR			No hay diferencia en el score de dolor y distancia dedo-a-piso entre grupos.
Reducción de distancia dedo-a-piso (en cm)	25.8 (NR), reducción del 67.2%	32.5 (NR), reducción del 55.2% DM: NR	NR			
	<b>Tiocolchicosido</b>	<b>Tolperisona</b>		250 (1)	⊕⊕○○ Baja	Rao 2012 (RCT)  Reducciones significativas en dolor en reposo o al movimiento y en distancia dedo-a-piso entre grupos.
Dolor en reposo (VAS 0-10) at 7mo día	2.98 (1.33)	2.19 (1.32) DM: NR	NR			
Dolor en movimiento (VAS 0-10) at 7mo día	3.94 (1.46)	2.99 (1.43) DM: NR	NR			
Distancia dedo-a-piso (en cm)	16.8 (11.8)	12 (9.8)	NR			

DM: Diferencia de medias; RCTs: Ensayo controlado aleatorizado.

Malanga 2008 y Weil 2010 no reportaron desenlaces de interés para la revisión actual y fueron excluidos de esta tabla.

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

<b>Pregunta 11: ¿Es eficaz el opiáceo en el tratamiento de lumbalgia?</b>					
<b>Outcomes</b>	<b>Riesgos comparativos (IC 95%)</b>	<b>Efecto relativo</b>	<b>Número de participantes (estudios)</b>	<b>Calidad de evidencia (GRADE)</b>	<b>Comentarios</b>
No se encontraron Revisiones sistemáticas, ECA o cohortes					