

# Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú (EsSalud)

## Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute and subacute low back pain for the Peruvian Social Security (EsSalud)

Ricardo Carpio<sup>1</sup>, Sergio Goicochea-Lugo<sup>2</sup>, José Chávez Corrales<sup>1</sup>, Nieves Santayana Calizaya<sup>1</sup>, Jaime A. Collins<sup>3</sup>, Jesús Robles Recalde<sup>3</sup>, Adrián V. Hernández<sup>4,5</sup>, Alejandro Piscoya<sup>6,7</sup>, Víctor Suárez Moreno<sup>2</sup>, Raúl Timaná-Ruiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, EsSalud. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud. Lima, Perú.

<sup>4</sup> Health Outcomes, Policy, and Evidence Synthesis (HOPES) Group, University of Connecticut/Hartford. Hospital Evidence-based Practice Center. Hartford, USA.

<sup>5</sup> Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.

<sup>6</sup> Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, Perú.

<sup>7</sup> Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, EsSalud. Lima, Perú.

### Correspondencia:

Raúl Timaná-Ruiz

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, EsSalud.

Jirón Domingo Cueto 109, Jesús María, Lima, Perú

raul.timana@essalud.gob.pe - (051) 265 6000 anexo: 1953

Recibido: 22 noviembre 2018

Aprobado: 8 diciembre 2018

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### Fuentes de financiamiento:

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud, Perú.

**Contribuciones de autoría:** Todos los autores participaron en la realización de la guía. Adrián V. Hernández y Alejandro Piscoya se encargaron de las búsquedas sistemáticas y la evaluación de calidad de los estudios para cada pregunta. Sergio Goicochea-Lugo redactó la primera versión del artículo. Todos los autores participaron en la discusión de los estudios encontrados y la formulación de las recomendaciones y puntos de buenas prácticas clínicas. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del artículo.

**Citar como:** Carpio R, Goicochea-Lugo S, Chávez J, Santayana N, Collins A, Robles J, Hernández A, Piscoya A, Suárez V, Timaná-Ruiz R. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú (EsSalud). *An Fac med.* 2018;79(4):351-9  
DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i4.15643>

An Fac med. 2018; 79(4):351-9 / DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i4.15643>

### Resumen

**Introducción.** El presente artículo resume la guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú (EsSalud). **Objetivo.** Proveer recomendaciones clínicas basadas en evidencia para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en EsSalud. **Métodos.** Se conformó un grupo elaborador local (GEG-Local) que incluyó médicos especialistas y metodólogos. El GEG-Local formuló 11 preguntas clínicas a ser respondidas por la presente GPC. Se realizaron búsquedas sistemáticas de revisiones sistemáticas y –cuando fue considerado pertinente– estudios primarios en Pubmed, Embase y la biblioteca Cochrane durante el 2016. Se seleccionó la evidencia para responder cada una de las preguntas clínicas planteadas. La calidad de la evidencia fue evaluada usando la metodología Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE). En reuniones de trabajo periódicas, el GEG-Local usó la metodología GRADE para revisar la evidencia y formular las recomendaciones y los flujogramas de diagnóstico y tratamiento. Finalmente, la GPC fue aprobada con Resolución N° 43- IETSI-ESSALUD-2016. **Resultados.** La presente GPC abordó 11 preguntas clínicas, divididas en tres temas: diagnóstico (tres preguntas), tratamiento no farmacológico (cuatro preguntas) y tratamiento farmacológico de lumbalgia (cuatro preguntas). En base a dichas preguntas se formularon 12 recomendaciones (2 recomendaciones fuertes, y 10 recomendaciones condicionales) y 2 flujogramas. **Conclusión.** El presente artículo resume la metodología y las conclusiones basadas en evidencias de la GPC para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia en EsSalud.

**Palabras clave:** Lumbalgia; Guía de Práctica Clínica; Medicina Basada en Evidencias

### Abstract

**Introduction.** This article summarizes the clinical practice guide (CPG) for the diagnosis and management of acute and sub-acute low back pain in the Social Security of Peru (EsSalud). **Objective.** To provide clinical recommendations based on evidence for the diagnosis and management of acute and sub-acute low back pain in EsSalud. **Methods.** A CPG for the diagnosis and management of low-back pain in EsSalud was developed. To this end, a local guideline development group (local GDG) was established, including medical specialists and methodologists. The local GDG formulated 11 clinical questions to be answered by this CPG. Systematic searches of systematic reviews and -when it was considered pertinent- primary studies were conducted in Pubmed, Embase and the Cochrane library during 2016. The evidence to answer each of the posed clinical questions was selected. The quality of the evidence was evaluated using the Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) methodology. In periodic work meetings, the local GDG used the GRADE methodology to review the evidence and formulate the recommendations and the flowcharts of diagnosis and treatment. Finally, the CPG was approved with Resolution N 43-IETSI-ESSALUD-2016. **Results.** This CPG addressed 11 clinical questions, divided into three topics: diagnosis (three questions), non-pharmacological treatment (four questions), and pharmacological treatment of low-back pain (four questions). Based on these questions, 12 recommendations (2 strong recommendations and 10 conditional recommendations), and 2 flowcharts were formulated. **Conclusion.** This article summarizes the methodology and evidence-based conclusions from the CPG for the diagnosis and management of low-back pain in EsSalud.

**Keywords:** Low-Back Pain; Clinical Practice Guideline; Evidence-Based Medicine

## INTRODUCCIÓN

La lumbalgia es un síndrome muy prevalente en la población general, que se presenta en aproximadamente el 9,4% para la población global<sup>1</sup>. Además, es la patología que produce la mayor cantidad de años con discapacidad en el mundo y se encuentra en el sexto lugar de las patologías que causan mayor carga de enfermedad a nivel global<sup>1</sup>.

La lumbalgia es una condición común, que sin embargo requiere un manejo interdisciplinario y complejo. Por ello, la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) del Seguro Social del Perú (EsSalud), elaboró la guía de práctica clínica (GPC) basada en evidencias para el diagnóstico y manejo de lumbalgia, cuyas recomendaciones serán aplicadas por profesionales de la salud en EsSalud. El presente artículo es un resumen de dicha GPC.

## METODOLOGÍA

El procedimiento seguido para la elaboración de la presente GPC, se encuentra detallado en su versión “in-extenso” en: [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/guias\\_pract\\_clini.html](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/guias_pract_clini.html)

Conformación del grupo elaborador de la guía local (GEG-Local): Se conformó un GEG-Local, que incluyó metodólogos y médicos especialistas en reumatología, traumatología, medicina interna y de medicina física y rehabilitación.

**Formulación de preguntas:** En concordancia con los objetivos y alcances de esta GPC, el GEG-Local formuló 11 preguntas clínicas, cada una de las cuales pudo tener una o más preguntas PICO (Population, Intervention, Comparator, Outcome). A su vez, cada pregunta PICO pudo tener uno o más desenlaces (o outcomes) de interés.

**Búsqueda y selección de la evidencia:** Para cada pregunta PICO, se realizó la búsqueda y selección de la evidencia. Para ello, durante el año 2016 se buscaron revisiones sistemáticas (RS) publicadas como artículos científicos (mediante búsquedas sistemáticas en Pubmed, Embase y la biblioteca Cochrane) o realizadas como parte de una GPC previa (mediante una búsqueda sistemática de GPC sobre el tema). Cuando se encontraron RS de calidad aceptable, se escogió una RS para la toma de decisiones, la cual fue actualizada cuando el GEG-Local lo consideró necesario. Cuando no se encontró ninguna RS de calidad aceptable, se realizó una búsqueda de novo de estudios primarios.

**Evaluación de la calidad de la evidencia:** Para evaluar la calidad o certeza de la evidencia, se siguió la metodología de Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) y se usaron tablas de perfiles de evidencias de GRADE.

**Formulación de las recomendaciones:** El GEG-Local revisó la evidencia seleccionada para cada pregunta clínica en reuniones periódicas, y formuló recomendaciones fuertes o condicionales usando la metodología GRADE. Para ello, se tuvo

en consideración: 1) Beneficios y daños de las opciones, 2) Valores y preferencias de los pacientes, 3) Aceptabilidad por parte de los profesionales de salud, 4) Factibilidad de las opciones en los establecimientos de salud de EsSalud, y 5) Uso de recursos. Luego de discutir estos criterios para cada pregunta, el GEG-Local formuló las recomendaciones por consenso o por mayoría simple.

**Revisión:** La presente GPC fue revisada en reuniones con médicos especialistas representantes de otras instituciones, pacientes y tomadores de decisiones. Asimismo, su versión in-extenso fue enviada por vía electrónica a un experto externo para su revisión (mencionado en la sección de agradecimientos). El GEG-Local tuvo en cuenta los resultados de estas revisiones para modificar las recomendaciones finales.

**Aprobación de la GPC:** La presente GPC fue aprobada para su uso en EsSalud, con Resolución N° 43-IETSI-ESSALUD-2016.

## RECOMENDACIONES

La presente GPC abordó 11 preguntas clínicas, en relación a tres temas: diagnóstico, tratamiento no farmacológico y tratamiento farmacológico de lumbalgia (tabla 1). En base a dichas preguntas se formularon 12 recomendaciones (2 recomendaciones fuertes y 10 recomendaciones condicionales, tal como se aprecia en la tabla 2) así como dos flujogramas.

A continuación, se expondrán las recomendaciones para cada pregunta clínica,

**Tabla 1.** Preguntas clínicas abordadas para la elaboración de la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú (EsSalud).

Temas	N°	Preguntas
Criterios clínicos y de laboratorio para el diagnóstico de lumbalgia	Pregunta 1	¿Cuál es el diagnóstico y la clasificación de lumbalgia?
	Pregunta 2	¿Cuáles son los criterios (signos de alarma) para derivar a atención especializada al paciente adulto con lumbalgia?
	Pregunta 3	¿Cuáles son los estudios de laboratorio e imagen que deben solicitarse ante un paciente adulto con lumbalgia aguda?
Tratamiento no farmacológico	Pregunta 4	¿Es eficaz el reposo en cama como tratamiento de lumbalgia?
	Pregunta 5	¿Es eficaz el estar activo como tratamiento de lumbalgia?
	Pregunta 6	¿Es eficaz la escuela de espalda y/o la terapia manual como tratamiento de lumbalgia?
	Pregunta 7	¿Son las fajas/córses eficaces en el tratamiento de lumbalgia aguda inespecífica?
Tratamiento farmacológico	Pregunta 8	¿Es eficaz el paracetamol en el tratamiento de lumbalgia?
	Pregunta 9	¿Es eficaz el AINEs en el tratamiento de lumbalgia?
	Pregunta 10	¿Es eficaz el relajante muscular en el tratamiento de lumbalgia?
	Pregunta 11	¿Es eficaz el opiáceo en el tratamiento de lumbalgia?

Tabla 2. Recomendaciones de la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú (EsSalud).

Pregunta	Recomendaciones	Fuerza y dirección de la recomendación
Criterios clínicos y de laboratorio para el diagnóstico de lumbalgia		
	Se define lumbalgia como dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior glúteo, con o sin irradiación a una o ambas extremidades inferiores, sin que ésta deba ser considerada de origen radicular. Según el tiempo de duración del dolor, la lumbalgia se clasifica en:	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aguda: dolor de menos de 6 semanas.</li> <li>- Subaguda: dolor de 6-12 semanas.</li> <li>- Crónica: más de 12 semanas con dolor.</li> <li>- Recurrente: lumbalgia aguda en paciente que ha tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con periodos libres de síntomas de tres meses.</li> </ul>	Recomendación condicional a favor
2	Los signos de alarma en la lumbalgia son: edad mayor a 50 años, antecedentes de neoplasia, síndrome consuntivo sin mejoría con tratamientos habituales, dolor en reposo, fiebre, inmunosupresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de corticoides y síndrome de cauda equina.	Recomendación condicional a favor
3	No se sugiere la realización de pruebas de laboratorio o imagen (radiografía, tomografía, resonancia) en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo sin signos de alarma.	Recomendación condicional en contra
Tratamiento no farmacológico		
4	No se sugiere reposo en cama en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo.	Recomendación condicional en contra
5	Se sugiere en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo continuar con la actividad física y mantener las actividades de la vida diaria, incluyendo la actividad laboral, tanto como sea posible.	Recomendación condicional a favor
6	No se sugiere implementar programas de escuela de espalda para pacientes con lumbalgia aguda y subaguda.	Recomendación condicional en contra
6	Recomendamos la terapia manual de manipulación y movilización de tejidos blandos brindada por un médico rehabilitador o terapeuta físico en un servicio de rehabilitación para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda, de acuerdo a disponibilidad del servicio.	Recomendación fuerte a favor
7	No se sugiere usar los soportes lumbares (fajas o corsés) para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda.	Recomendación condicional en contra
Tratamiento farmacológico		
8	No recomendamos la utilización de paracetamol- independientemente de la dosis- como monoterapia de primera elección en el tratamiento de la lumbalgia aguda y subaguda.	Recomendación fuerte en contra
9	Se sugiere AINEs como tratamiento de primera línea de la lumbalgia aguda y subaguda.	Recomendación condicional a favor
10	Se sugiere agregar un relajante muscular si el dolor lumbar agudo y subagudo persiste tras iniciar el tratamiento con AINEs.	Recomendación condicional a favor
11	Se sugiere el uso de un opiáceo débil (tramadol, codeína) si la lumbalgia aguda y subaguda persiste tras iniciar el tratamiento con AINEs y relajante muscular.	Recomendación condicional a favor

así como un resumen del razonamiento seguido para llegar a cada recomendación. La sinopsis de las recomendaciones se puede apreciar en la tabla 2. Asimismo, el significado de los niveles de fuerza de la recomendación se encuentra explicado en la tabla 3.

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

**Recomendación:** La lumbalgia es el dolor localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior glúteo, el cual puede irradiarse o no a una o ambas extremidades inferiores, sin que ésta deba ser considerada de origen radicular.

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

- a. Aguda: duración menor de 6 semanas.
- b. Subaguda: duración de 6 a 12 semanas.
- c. Crónica: duración más de 12 semanas.
- d. Recurrente: lumbalgia aguda en paciente que ha tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con periodos libres de síntomas de tres meses. (Recomendación condicional a favor).

**De la evidencia a la decisión:** Diferentes GPC definen lumbalgia como el dolor localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior glúteo, el cual puede irradiarse o no a una o ambas extremidades inferiores, sin la sospecha de que esta irradiación del dolor sea de origen radicular<sup>2-5</sup>.

Dichas GPC proponen clasificar la lumbalgia según el tiempo de duración del dolor, ya que de ello dependerá el manejo. Sin embargo, también puede clasificarse según sus síntomas y signos en: lumbalgia inespecífica, mecánica/radicular y específica con signos de alarma (tabla 4). Hasta un 85% de las lumbalgias son inespecífi-

cas, es decir que hay dolor en ausencia de alguna condición subyacente<sup>6,7</sup>.

Debido a que estas definiciones han sido obtenidas de estudios observacionales, se decidió otorgarles una fuerza condicional.

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

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

**De la evidencia a la decisión:** Los signos de alarma son útiles para sospechar la presencia de procesos de mayor gravedad como fractura vertebral, cáncer de médula espinal, infecciones y desórdenes inflamatorios<sup>2</sup>, con el objetivo de derivar oportunamente al paciente a una atención especializada.

Se consideraron los siguientes signos de alarma para la sospecha de fractura vertebral: edad mayor a 50 años<sup>8</sup>, toma de corticoides<sup>4,5,9,10</sup>, osteoporosis<sup>4,5</sup> y traumatismo previo<sup>4,5,9</sup>. Para la sospecha de cáncer: edad mayor a 50 años<sup>4,5,9</sup>, síndrome constitucional<sup>4,5,9</sup> y antecedente de neoplasia<sup>9</sup>. Para la sospecha de infecciones espinales: fiebre por más de 48 horas<sup>2,4,5</sup> e inmunodepresión<sup>4</sup>. Para la sospecha de desórdenes inflamatorios: dolor en reposo<sup>5</sup>. Además se incluyó el síndrome de cauda equina dado que se trata de una emergencia de tratamiento quirúrgico<sup>11</sup>.

Debido a que la certeza de la evidencia fue baja para algunos de los signos

de alarma, se decidió formular una recomendación condicional.

La figura 1 representa el flujograma de diagnóstico, signos de alarma y estudios de imágenes, en pacientes adultos con lumbalgia aguda y subaguda.

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

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

**De la evidencia a la decisión:** Dos ensayos clínicos aleatorizados (ECA) encontraron que realizar estudios radiográficos a pacientes con lumbalgia aguda o subaguda no tenía efecto en la mejora del dolor o la discapacidad funcional<sup>2</sup>. Otros estudios no encontraron relación entre los hallazgos en la radiografía y la sintomatología<sup>5</sup>. En cuanto a la utilidad de la resonancia magnética y la tomografía, los estudios encontrados no son concluyentes<sup>12-15</sup>. Por otra parte, puesto que el uso de algunas pruebas de imagen expone al paciente a una mínima cantidad de radiación, se decidió sugerir no realizarlas si no hay signos de alarma<sup>3,4</sup>.

Debido a que la certeza de la evidencia fue baja para evaluar la utilidad de la tomografía y la resonancia, se decidió formular una recomendación condicional.

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

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

Tabla 3. Significado de los niveles de fuerza de la recomendación

Fuerza de la recomendación	Significado
Recomendación fuerte (a favor o en contra)	El GEG-Local cree que todos o casi todos los profesionales que revisan la evidencia disponible seguirían esta recomendación. En la formulación de la recomendación se usa el término “se recomienda”
Recomendación condicional (a favor o en contra)	El GEG-Local cree que la mayoría de los profesionales que revisan la evidencia disponible seguirían esta recomendación, pero un grupo de profesionales podrían no seguirla. En la formulación de la recomendación se usa el término “se sugiere”

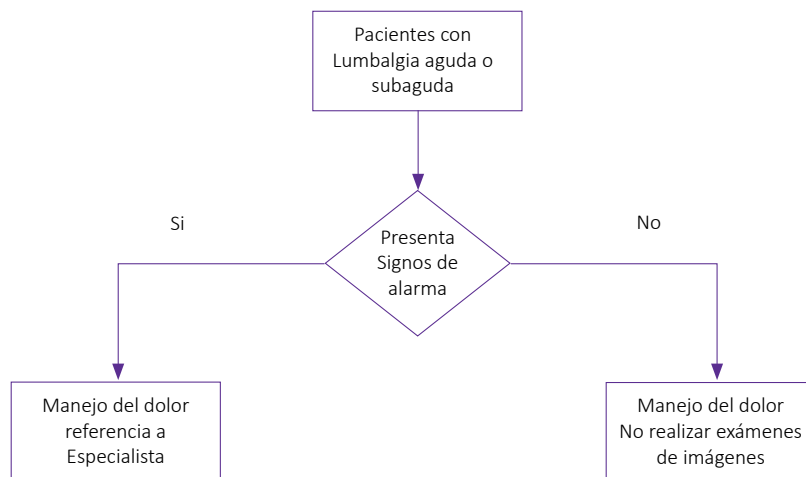


Figura 1. Flujograma de diagnóstico, signos de alarma y estudios de imágenes, en pacientes adultos con lumbalgia aguda y subaguda.

**De la evidencia a la decisión:** Una RS de Cochrane publicada en el año 2010 reportó que, en comparación con el reposo en cama, mantenerse activo redujo el dolor y mejoró el estado funcional de los pacientes con lumbalgia aguda<sup>16</sup>. Mantenerse activo estuvo definido como realizar las actividades rutinarias tanto como el dolor lo permita, y reposo en cama se refirió a permanecer en cama excepto para asearse o ir al baño. Estos resultados concuerdan con otras RS realizadas en pacientes con lumbalgia aguda y subaguda<sup>2-5</sup>.

Debido a que en las RS consideradas, la certeza de la evidencia para el desenlace dolor a corto plazo fue baja, se decidió formular una recomendación condicional.

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

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

**De la evidencia a la decisión:** Distintas RS y ECA reportan que continuar con la actividad física y mantener las actividades de la vida diaria puede tener un efecto en la reducción del dolor y la discapacidad en pacientes con lumbalgia<sup>16-20</sup>. En cuanto a las intervenciones de ejercicio físico (individualizado o en grupo), algunos estudios han encontrado que podrían no ser recomendables en pacientes con lumbalgia aguda<sup>4</sup>, pero sí en pacientes con lumbalgia subaguda<sup>21-25</sup>.

Debido a que la certeza de la evidencia de los estudios encontrados para algunos desenlaces fue muy baja, se decidió formular una recomendación condicional.

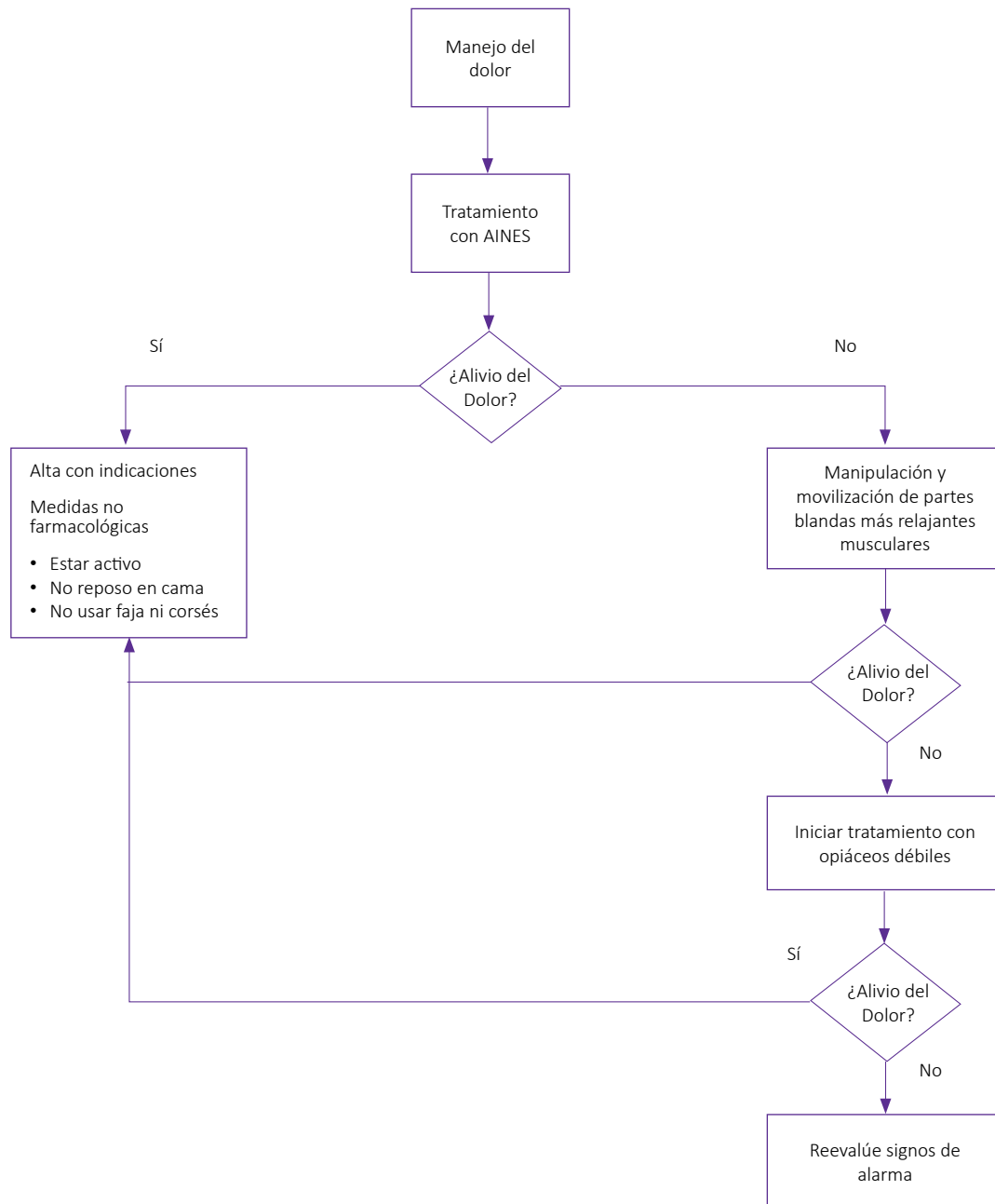
**Pregunta 6: ¿Es eficaz la escuela de espalda como tratamiento de lumbalgia?**

**Recomendaciones:** No se sugiere implementar programas de escuela de espalda para pacientes con lumbalgia aguda y subaguda. (Recomendación condicional en contra). Asimismo, recomendamos la terapia manual de manipulación y movilización de tejidos blandos brindada por un médico rehabilitador o terapeuta físico en un servicio de rehabilitación para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda, de acuerdo a disponibilidad del servicio. (Recomendación fuerte a favor).

**De la evidencia a la decisión:** La “escuela de la espalda” es un programa educativo y de adquisición de destrezas en el

Tabla 4. Clasificación de la lumbalgia por síntomas y signos

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



**Figura 2.** Flujograma de tratamiento no farmacológico y farmacológico de pacientes adultos con lumbalgia aguda y subaguda.

que se fomenta la autorresponsabilidad y se imparten lecciones (incluidos ejercicios) a grupos de pacientes con lumbalgia<sup>5</sup>. Los estudios que evaluaron el beneficio de esta intervención para disminuir el dolor o mejorar la discapacidad funcional encontraron resultados contradictorios y no concluyentes<sup>5,26,27</sup>. Por ello, el costo de implementación de una escuela de espalda no estaría justificado. Debido

a que la certeza de la evidencia fue muy baja, se decidió formular una recomendación condicional.

La terapia manual es un tipo de terapia física que se usa para el manejo de la lumbalgia y comprende tres formas de realización: manipulación espinal (movilización de alta velocidad y baja amplitud de la articulación hasta el límite del rango de la articulación), movilización

espinal (movilización de la articulación dentro del rango de movimiento pasivo) y el masaje (manipulación o movilización manual de los tejidos blandos)<sup>2</sup>. Los estudios realizados en pacientes con lumbalgia aguda y subaguda sugieren que todas estas formas de realización de terapia manual han sido beneficiosas para reducir el dolor y mejorar la discapacidad funcional<sup>2,28</sup>. Debido a la complejidad de la

técnica, la manipulación espinal debería ser realizada por un médico rehabilitador o terapeuta físico. La certeza de la evidencia para estos estudios fue de moderada a alta, por lo que se decidió formular una recomendación fuerte.

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

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

**De la evidencia a la decisión:** Se ha descrito el uso de soportes lumbares (fajas/cinturones o corsés) para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda. Sin embargo, una RS publicada en 2006 que evaluó 15 estudios (15 798 personas) no encontró evidencia de la efectividad de los soportes lumbares (fajas o corsés) para mejorar el dolor ni el estado funcional<sup>2,29</sup>. En adición, el uso de soportes lumbares podría provocar lesiones dérmicas y ser incómodos para los pacientes.

Debido a que la certeza de la evidencia fue baja y los estudios fueron heterogéneos, se decidió formular una recomendación condicional.

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

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

**De la evidencia a la recomendación:** Una RS publicada en el 2008 que incluyó siete ECA, encontró que el paracetamol administrado a dosis entre 500 mg dos veces al día y 1000 mg cuatro veces al día no fue eficaz para disminuir el dolor ni mejorar la discapacidad en pacientes con lumbalgia<sup>30</sup>. Además, un ECA multicéntrico (1642 pacientes) publicado en 2014, encontró que no hubo diferencia en el tiempo de recuperación, disminución de dolor y mejora de la funcionalidad, entre prescribir paracetamol en comparación con placebo<sup>31</sup>. En adición, el paracetamol a dosis por encima del rango terapéutico se ha asociado a efectos adversos hepá-

ticos. Debido a que la certeza de la evidencia fue alta, se decidió formular una recomendación fuerte.

**Pregunta 9: ¿Son eficaces los Anti-inflamatorios No Esteroides (AINEs) en el tratamiento de lumbalgia?**

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

**De la evidencia a la decisión:** Una RS de Cochrane publicada en 2008, realizó meta-análisis de 11 ECA (3551 pacientes), encontrando que, en comparación con placebo, los AINEs fueron eficaces en reducir el dolor y alcanzar la mejoría general percibida por el paciente; además, se encontraron 33 ECA que compararon la efectividad de distintos tipos de AINEs (incluidos los inhibidores selectivos de la COX-2) sin encontrar diferencias<sup>32</sup>. Por otra parte, la frecuencia de efectos adversos como dolor abdominal, diarrea, sequedad de boca, entre otros fue mayor en los pacientes que recibieron AINEs en comparación con los que recibieron COX-2 o placebo. Sin embargo, el tamaño de muestra de los estudios fue relativamente pequeño por lo que los resultados no son concluyentes<sup>32</sup>. Posteriormente, una RS publicada en 2014 reportó la eficacia del ibuprofeno y diclofenaco para disminución del dolor en pacientes con lumbalgia aguda<sup>33</sup>.

A pesar de que la certeza de la evidencia fue moderada, se consideró que la RS de Cochrane evaluada incluye estudios heterogéneos, por lo cual se decidió formular una recomendación condicional.

**Pregunta 10: ¿Son eficaces los relajantes musculares en el tratamiento de lumbalgia?**

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

**De la evidencia a la decisión:** Los relajantes musculares son un grupo de fármacos con diferentes mecanismos de acción que disminuyen el tono del músculo esquelético. Pueden clasificarse en: medicamentos antiespasmódicos (usados para disminuir el espasmo muscular

asociado a condiciones dolorosas como la lumbalgia, como orfenadrina, ciclobenzaprina, eperisona, tolperisona, entre otros), y antiespásticos (usados para disminuir el exceso de la actividad motora involuntaria asociada a condiciones de daño neurológico)<sup>34</sup>. Esta pregunta se refiere al uso de los antiespasmódicos.

Una RS de Cochrane publicada en 2003 encontró que los relajantes musculares eran eficaces para el manejo del dolor en pacientes con lumbalgia<sup>35</sup>. Asimismo, en una RS publicada en 2009, la síntesis de nueve estudios (820 pacientes) encontró que, en comparación con placebo, los relajantes musculares fueron eficaces para la disminución del dolor<sup>36</sup>. Además, dos ECA evaluaron la eficacia de la eperisona<sup>37,38</sup>, un ECA, la eficacia de la tolperisona<sup>39</sup> y encontraron que ambos tratamientos disminuyeron el dolor en reposo y al movimiento en pacientes con lumbalgia aguda y espasticidad de los músculos espinales.

Por otro lado, estos fármacos pueden tener efectos adversos (como somnolencia, mareos, náuseas, vómitos, sequedad de boca y debilidad) que deben ser tomados en cuenta al momento de su prescripción. En cuanto a la duración de su uso, diversas GPC recomiendan que sea menor a dos semanas para limitar los posibles efectos adversos<sup>3,5</sup>.

Debido a que la certeza de la evidencia fue muy baja, se decidió formular una recomendación condicional.

**Pregunta 11: ¿Son eficaces los opioides en el tratamiento de lumbalgia?**

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

**De la evidencia a la decisión:** Los opioides son fármacos con propiedades analgésicas a nivel del sistema nervioso central y se clasifican en: débiles (tramadol, codeína, oxicodona, dihidrocodeína, oximorfona, entre otros) y fuertes (buprenorfina, fentanilo, morfina)<sup>2,5</sup>.

Diversos estudios han encontrado que los opioides son usados en el manejo de la lumbalgia. La guía NICE reporta tres ECA que compararon la eficacia de los opioides contra placebo<sup>2</sup>. El primero (325 pacientes), encontró que la oximorfona redujo significativamente el dolor y fue bien tolerada<sup>40</sup>. El segundo (386 pacientes), encontró que el tramadol a dosis entre 100 mg/día hasta 300 mg/día consiguió aliviar el dolor y fue bien tolerado<sup>41</sup>. El último (719 pacientes), encontró que la oxidodona mejoró el dolor y la discapacidad funcional, evaluado a las 12 semanas de tratamiento<sup>42</sup>. Asimismo, una RS publicada en 2003 sintetizó los resultados de dos estudios (182 pacientes) y encontró que, en comparación con placebo y paracetamol, el tramadol consiguió mayor eficacia en disminuir el dolor en pacientes con lumbalgia subaguda moderada o severa<sup>43</sup>. Sin embargo, una RS publicada en 2016 muestra que la eficacia de los opioides para reducir el dolor en pacientes con lumbalgia subaguda fue estadísticamente significativa pero no clínicamente importante, precisando que los resultados aún son inciertos para el tipo agudo<sup>44</sup>. Así, es posible que la dirección de la recomendación se modifique con futuros hallazgos.

Algunas GPC recomiendan que la duración del uso de opioides en el manejo de lumbalgia sea menor a dos semanas, ya que pueden presentarse efectos adversos como estreñimiento, mareos, somnolencia, prurito, náuseas y vómitos<sup>2,5</sup>.

Aunque certeza de la evidencia fue moderada para algunos desenlaces, se consideró que las RS evaluadas incluyen estudios heterogéneos, por lo cual se decidió formular una recomendación condicional.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Prof. Eduardo Collantes-Estévez, Profesor de Medicina de la Universidad de Córdoba, Jefe del servicio de Reumatología del Hospital Universitario "Reina Sofía" (Córdoba, España) por la revisión que realizó a la presente guía.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014;73(6):968-74. DOI: 10.1136/annrheumdis-2013-204428
- National Collaborating Centre for Primary Care (UK). National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. *Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain*. London: Royal College of General Practitioners (UK). 2009.
- Institute for Clinical Systems Improvement [Internet]. Goertz M, Thorson D, Bonsell J, Bonte B, Campbell R, Haake B, et al. *Adult acute and subacute low back pain*, 2012. [Fecha de acceso 10 de abril 2016]. Disponible en: [https://www.icsi.org/\\_asset/bjvqj/LBP.pdf](https://www.icsi.org/_asset/bjvqj/LBP.pdf)
- Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien [Internet]. Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuz. [Fecha de acceso 10 de abril de 2016]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y98dl89t>
- Pérez I, Alcorta I, Aguirre G, Aristegi G, Caso J, Esquisabel R. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. Osakidetza y Departamento de Sanidad Administración de la CC.AA. del País Vasco: España. 2007.
- Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *The Lancet*. 2012;379(9814):482-91. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60610-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60610-7)
- Hamilton J. Acute back pain. *Medicine*. 2009;37(1):17-22. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2008.10.006>
- Henschke N, Maher CG, Refshauge KM. A systematic review identifies five "red flags" to screen for vertebral fracture in patients with low back pain. *Journal of clinical epidemiology*. 2008;61(2):110-8. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2007
- Henschke N, Maher CG, Ostelo RW, de Vet HC, Macaskill P, Irwig L. Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013(2):Cd008686. DOI: 10.1002/14651858.CD008686
- Williams CM, Henschke N, Maher CG, van Tulder MW, Koes BW, Macaskill P, et al. Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low-back pain. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013(1):Cd008643. DOI: 10.1002/14651858.CD008643
- Raison NT, Alwan W, Abbot A, Farook M, Khaal A. The reliability of red flags in spinal cord compression. *Archives of trauma research*. 2014;3(1):e17850. DOI: 10.5812/atr.17850
- Wassenaar M, van Rijn RM, van Tulder MW, Verhagen AP, van der Windt DA, Koes BW, et al. Magnetic resonance imaging for diagnosis of lumbar spinal pathology in adult patients with low back pain or sciatica: a diagnostic systematic review. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2012;21(2):220-7. DOI: 10.1007/s00586-011-2019-8
- Graves JM, Fulton-Kehoe D, Jarvik JG, Franklin GM. Early imaging for acute low back pain: one-year health and disability outcomes among Washington State workers. *Spine*. 2012;37(18):1617-27. DOI: 10.1097/BRS.0b013e318251887b
- Hilal K, Sajjad Z, Sayani R, Khan D. Utility of limited protocol magnetic resonance imaging lumbar spine for nerve root compression in a developing country, is it accurate and cost effective? *Asian spine journal*. 2013;7(3):184-9. DOI: 10.4184/asj.2013.7.3.184
- van Rijn RM, Wassenaar M, Verhagen AP, Ostelo RW, Ginai AZ, de Boer MR, et al. Computed tomography for the diagnosis of lumbar spinal pathology in adult patients with low back pain or sciatica: a diagnostic systematic review. *European Spine Journal*. 2012;21(2):228-39. DOI: 10.1007/s00586-011-2012-2
- Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low back pain and sciatica. *Cochrane database of systematic reviews*. 2010(6):CD007612. DOI: 10.1002/14651858.CD007612
- Maul I, Läubli T, Oliveri M, Krueger H. Long-term effects of supervised physical training in secondary prevention of low back pain. *European Spine Journal*. 2005;14(6):599-611. DOI: 10.1007/s00586-004-0873-3
- Oesch P, Kool J, Hagen KB, Bachmann S. Effectiveness of exercise on work disability in patients with non-acute non-specific low back pain: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2010;42(3):193-205. DOI: 10.2340/16501977-0524
- Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low back pain and sciatica. *Cochrane database of systematic reviews*. 2004;(4):CD001254. DOI: 10.1002/14651858.CD001254.pub2
- Hilde G, Hagen KB, Jamtvedt G, Winnem M. Advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002;(2):CD003632. DOI: 10.1002/14651858.CD003632
- Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT, Hancock MJ, Ostelo RW, Cabral CM, et al. Pilates for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015(7):CD010265. DOI: 10.1002/14651858.CD010265
- Hayden J, Van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane database of systematic reviews*. 2005(3):CD000335. DOI: 10.1002/14651858.CD000335.pub2
- Schaafsma F, Schonstein E, Whelan KM, Ulvestad E, Kenny DT, Verbeek JH. Physical conditioning programs for improving work outcomes in workers with back pain. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010;(1):CD001822. DOI: 10.1002/14651858.CD001822
- Kool J, Bachmann S, Oesch P, Knuesel O, Amberg T, de Bie R, et al. Function-centered rehabilitation increases work days in patients with nonacute nonspecific low back pain: 1-year results from a randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2007;88(9):1089-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.05.022>
- Wright A, Lloyd-Davies A, Williams S, Ellis R, Strike P. Individual active treatment combined with group exercise for acute and subacute low back pain. *Spine*. 2005;30(11):1235-41.



26. Heymans M, Van Tulder M, Esmail R, Bombardier C, Koes B. Escuelas de espalda para el dolor lumbar inespecífico. *Biblioteca Cochrane Plus*. 2006;(4).
27. Poquet N, Lin CWC, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, et al. Back schools for acute and subacute non-specific low back pain. *The Cochrane Library*. 2016.
28. Hidalgo B, Detrembleur C, Hall T, Mahaudens P, Nielens H. The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: an update of systematic reviews. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*. 2014;22(2):59-74. DOI: 10.1179/2042618613Y.0000000041
29. van Duijvenbode I, Jellema P, van Poppel M, van Tulder MW. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008;(2): CD001823. doi: 10.1002/14651858.CD001823.pub3
30. Davies RA, Maher CG, Hancock MJ. A systematic review of paracetamol for non-specific low back pain. *European Spine Journal*. 2008;17(11):1423-30. DOI: 10.1007/s00586-008-0783-x
31. Williams CM, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Hancock MJ, Day RO, et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;384(9954):1586-96. DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60805-9
32. Roelofs PD, Deyo, R. A., Koes, B. W., Scholten, R. J., & van Tulder, M. W. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane database of systematic reviews*. 2008;(1):CD000396. DOI: 10.1002/14651858.CD000396.pub3
33. Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, McLachlan AJ. Interventions available over the counter and advice for acute low back pain: systematic review and meta-analysis. *The journal of pain*. 2014;15(1):2-15. DOI: 10.1016/j.jpain.2013.09.016
34. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Muscle relaxants for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration. *Spine*. 2003;28(17):1978-92. DOI: 10.1097/01.BRS.0000090503.38830.AD
35. van Tulder MW, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Muscle relaxants for nonspecific low back pain. *Cochrane database of systematic reviews*. 2003;(2): CD004252. DOI: 10.1002/14651858.CD004252
36. Machado LA, Kamper SJ, Herbert RD, Maher CG, McAuley JH. Analgesic effects of treatments for non-specific low back pain: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Rheumatology*. 2009;48(5):520-7. DOI: 10.1093/rheumatology/ken470
37. Cabitza P, Randelli P. Efficacy and safety of eperisone in patients with low back pain: a double blind randomized study. *European review for medical and pharmacological sciences*. 2008;12(4):229-35.
38. Chandanwale AS, Chopra A, Goregaonkar A, Medhi B, Shah V, Gaikwad S, et al. Evaluation of eperisone hydrochloride in the treatment of acute musculoskeletal spasm associated with low back pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of postgraduate medicine*. 2011;57(4):278-85. DOI: 10.4103/0022-3859.90076
39. Rao R, Panghate A, Chandanwale A, Sardar I, Ghosh M, Roy M, et al. Clinical comparative study: efficacy and tolerability of tolperisone and thiocholicoside in acute low back pain and spinal muscle spasticity. *Asian spine journal*. 2012;6(2):115-22. DOI: 10.4184/asj.2012.6.2.115
40. Katz N, Rauck R, Ahdieh H, Ma T, Gerritsen van der Hoop R, Kerwin R, et al. A 12-week, randomized, placebo-controlled trial assessing the safety and efficacy of oxymorphone extended release for opioid-naïve patients with chronic low back pain. *Current medical research and opinion*. 2007;23(1):117-28. DOI: 10.1185/030079906X162692
41. Vorsanger GJ, Xiang J, Gana TJ, Pascual ML, Fleming RR. Extended-release tramadol (tramadol ER) in the treatment of chronic low back pain. *Journal of opioid management*. 2008;4(2):87-97.
42. Webster LR, Butera PG, Moran LV, Wu N, Burns LH, Friedmann N. Oxytrex minimizes physical dependence while providing effective analgesia: a randomized controlled trial in low back pain. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*. 2006;7(12):937-46. DOI: DOI: 10.1016/j.jpain.2006.05.005
43. Schnitzer TJ, Ferraro A, Hunsche E, Kong SX. A comprehensive review of clinical trials on the efficacy and safety of drugs for the treatment of low back pain. *Journal of pain and symptom management*. 2004;28(1):72-95. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2003.10.015
44. Abdel C, Maher CG, Williams KA, Day R, McLachlan AJ. Efficacy, Tolerability, and Dose-Dependent Effects of Opioid Analgesics for Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2016;176(7):958-68. DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.1251