

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

## Guía de Práctica Clínica

**SEDENA**

**SEMAR**

Diagnóstico, tratamiento y prevención de  
Lumbalgia aguda y crónica en el primer  
Nivel de atención

## Evidencias y Recomendaciones

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-045-08

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud. 2008**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

**ISBN en trámite**

## M54.5 Lumbago no especificado

### Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el Primer nivel de atención

#### Autores:

Antonio Barrera Cruz	Medicina Interna/Reumatología	IMSS	División de Excelencia Clínica, Coordinación de UMAE
Víctor Jesús Guerrero Montenegro	Medicina Familiar	IMSS	UMF 29 UMA
Verónica López Roldan	Medicina Física y Rehabilitación	IMSS	Coordinación Salud en el Trabajo C.M.N SXXI
Yadhira Mejía Holguín	Reumatología	IMSS	UMAE 25 Monterrey N.L.
Juan Ismael Parrilla Ortiz	Medicina Familiar	IMSS	UMF 21 Delegación Sur
J. E. Alberto Pérez Rojas	Medicina Física y Rehabilitación	IMSS	Unidad de Medicina Física Región Norte Delegación 1 Norte México DF
Erik Ramos Garzón	Medicina Interna	IMSS	HGZ Número 1 Tapachula Chiapas
María Isabel Chi Lem Dora	Medicina Interna/Geriátrica	ISSSTE	C.M.N 20 de Noviembre

#### Validación Interna:

Manuel de Jesús Villalobos Flores	Médico Familiar	IMSS	Hospital General de Zona No. 1 Tapachula, Chiapas
Maria de la Luz Ibarra Chávez	Médico Familiar	IMSS	Unidad de Medicina Familiar No. 2 Juana de Asbaje, Delegación 1 Norte, DF
Carolina Escamilla Chávez	Medicina de Rehabilitación	IMSS	Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro
Víctor Manuel Flores Verdugo	Traumatología y Ortopedia	IMSS	Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas

#### Revisor Técnico Interinstitucional:

Graciela Orozco Vazquez	Anestesiología	ISSSTE	Coordinación de guías de práctica clínica
Ignacio Bermúdez Soto	Traumatología y Ortopedia	IMSS	Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas
Marcos Alfonso Fuentes Nucamendi	Traumatología y Ortopedia	SSA	Hospital General de México
Esteban Hernández San Roman	Columna		
	Cirugía General	SSA	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

#### Validación Externa:

Manuel Dufoo Olvera	Traumatología y Ortopedia		Academia Mexicana de Cirugía A.C.
---------------------	---------------------------	--	-----------------------------------

## Índice

1. Clasificación.....	5
2. Preguntas A Responder Por Esta Guía .....	7
3. Aspectos Generales.....	8
3.1 Justificación .....	8
3.3 DEFINICIÓN .....	9
4. Evidencias Y Recomendaciones.....	10
4.1 Prevención Primaria.....	11
4.1.1 Promoción De La Salud .....	11
4.1.1.1 Estilos De Vida .....	11
4.2 Prevención Secundaria .....	12
4.2.1 Detección.....	12
4.2.1.1 Pruebas De Detección Específica. Factores De Riesgo .....	12
4.3 Diagnóstico.....	15
4.3.1 Diagnóstico Clínico .....	15
4.4 Tratamiento.....	21
4.4.1 Tratamiento Farmacológico.....	21
4.4.2 Tratamiento No Farmacológico.....	26
4.5 Criterios De Referencia Y Contrarreferencia .....	33
4.5.1 Criterios Técnicos Médicos De Referencia .....	33
4.5.1.1 Referencia Al Segundo Nivel De Atención .....	33
4.6 Vigilancia Y Seguimiento.....	34
4.7 Tiempo Estimado de Recuperación y días de Incapacidad cuando proceda.....	35
5. Definiciones Operativas.....	37
6. Anexos .....	39
6.1 Protocolo de búsqueda.....	39
6.2. Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la recomendación .....	41
6.3 Clasificación o Escalas de la Enfermedad .....	48
6.4. Medicamentos.....	56
7. Bibliografía.....	57
8. Agradecimientos .....	59
9. Comité Académico.....	60
10. Directorio .....	61
11. Comité Nacional Guías De Práctica Clínica.....	62



<p><b>MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN</b></p>	<p>Validación del protocolo de búsqueda                  Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos                  Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica                  Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica                  Revisión externa : Academia Medicina</p>
<p><b>CONFLICTO DE INTERÉS</b></p>	<p>Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica</p>
<p><b>REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN</b></p>	<p>Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-045-08                  FECHA DE ACTUALIZACIÓN <b>a partir del registro 2 a 3 años</b></p>

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. En el paciente mayor de 18 años ¿Cuáles son los factores de riesgo determinantes para el desarrollo de Lumbalgia aguda y crónica?
2. Con base en el tiempo de evolución ¿Cómo se clasifica la lumbalgia?
3. ¿Cómo se establece el abordaje diagnóstico de un paciente adulto con Lumbalgia aguda?
4. ¿Cuáles son los estudios de laboratorio e imagen que deben solicitarse ante un paciente adulto con lumbalgia aguda?
5. ¿Cuáles son los tratamientos farmacológicos que han demostrado mayor eficacia y seguridad en el tratamiento del paciente adulto con lumbalgia?
6. ¿Cuáles son las opciones de tratamiento no farmacológico que han demostrado mayor eficacia y efectividad en el manejo del paciente adulto con lumbalgia?
7. ¿Cuál es la evidencia sobre la eficacia y seguridad de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) en el tratamiento de la Lumbalgia?
8. ¿Cuáles son los criterios (signos de alarma) para derivar a atención especializada al paciente adulto con Lumbalgia?
9. ¿Cómo se debe realizar la vigilancia y el seguimiento del paciente adulto con lumbalgia?
10. ¿Cuáles son las medidas preventivas para evitar el síndrome doloroso lumbar?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

La lumbalgia representa un importante problema de salud pública en las sociedades occidentales por su alta prevalencia, impacto, magnitud y repercusión socioeconómica; afecta a población en edad laboral y genera un incremento en el uso de recursos y pérdidas de días de trabajo. Se estima que el 60-70% de las personas adultas presenta un episodio de síndrome doloroso lumbar a lo largo de su vida. (van Tulder, 2002) y existe evidencia de que representa una de las principales causas de limitación física en sujetos menores de 45 años. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) constituye la octava causa de consulta al Médico Familiar, registrándose un total de 907,552 consultas en el primer nivel de atención (DTIES, 2007).

Con base en la elevada frecuencia, impacto, costos y amplia variabilidad en la práctica clínica en la prescripción de tratamiento farmacológico y no farmacológico, en el presente documento, el usuario identificará evidencias y recomendaciones construidas con la mejor evidencia científica disponible sobre las intervenciones que contribuyen a proporcionar un tratamiento integral oportuno y eficiente del paciente adulto con lumbalgia en el primer nivel de atención.

#### 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención** forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las siguientes acciones :

1. Definir el abordaje de diagnóstico y manejo clínico del paciente adulto con lumbalgia aguda y crónica que recomienda la evidencia científica disponible, teniendo en cuenta aspectos de eficacia, efectividad y seguridad en el primer nivel de atención
2. Identificar los factores de riesgo para lumbalgia aguda y crónica
3. Identificar los signos de alarma en el paciente adulto con lumbalgia
4. Proporcionar recomendaciones razonadas y sustentadas en la mejor evidencia científica sobre la utilización eficiente de las pruebas diagnósticas (laboratorio y gabinete) en el diagnóstico del paciente adulto con lumbalgia aguda y crónica
5. Establecer recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible sobre rehabilitación en el paciente adulto con lumbalgia
6. Establecer los criterios de referencia oportuna al segundo nivel de atención de un paciente adulto con lumbalgia
7. Formular recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica sobre el seguimiento, vigilancia y pronóstico del paciente adulto con lumbalgia

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.3 DEFINICIÓN

**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.

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
<b>E.</b> La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
<b>E.</b> El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA  
4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD  
4.1.1.1 ESTILOS DE VIDA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Se recomienda en toda la población, se fomenta un programa educativo que incluya la adopción de estilos de vida saludables, buenos hábitos de alimentación y actividad física.

✓  
Buena Práctica

## 4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 4.2.1 DETECCIÓN

#### 4.2.1.1 PRUEBAS DE DETECCIÓN ESPECÍFICA. FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>En el paciente con sobrepeso y obesidad, el incremento en el índice de masa corporal representa un factor de riesgo para lumbalgia.</p>	<p>II (Guías Europeas. 2004)</p>
	<p>Ante el paciente con lumbalgia crónica con sobrepeso y obesidad, se recomienda reducción de peso e intervención de un equipo transdisciplinario.</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>
	<p>Existe una relación entre malos hábitos alimenticios, alcoholismo y lumbalgia</p>	<p>II (Guías Europeas. 2004)</p>
	<p>No hay evidencia de que el tabaco sea un factor de riesgo para el desarrollo de dolor lumbar</p>	<p>2 + (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)</p>
	<p>El sedentarismo asociado a posiciones viciosas favorecen el desarrollo de lumbalgia</p>	<p>II (Guías Europeas. 2004)</p>
	<p>Existe evidencia consistente sobre la asociación entre el desarrollo de dolor lumbar y determinadas actividades físicas laborales: vibración corporal, cargar objetos pesados y flexión/torsión del tronco.</p>	<p>2 ++ (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)</p>

E	Existe una relación positiva entre el ejercicio aeróbico de bajo y moderado impacto y la disminución de lumbalgia	II (Guías Europeas. 2004)
R	Se recomienda realizar ejercicios de bajo impacto para disminuir el riesgo de lumbalgia	C (Guías Europeas. 2004)
E	Trabajar en posición sentada y correcta no es un factor de riesgo para desarrollar dolor lumbar	2 + (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
✓/R	Se recomienda informar y educar al paciente medidas de higiene postural (por ejemplo, la forma correcta de sentarse, cargar objetos pesados, dormir y manejar) así como ejercicios de flexión básicos con la finalidad de limitar manifestaciones clínicas de lumbalgia (figuras 1 y 2)	✓ Buena Práctica
E	Existe evidencia que en pacientes con poco acondicionamiento físico y movilidad de columna incrementa el riesgo para lumbalgia	II (Guías Europeas. 2004)
✓/R	Se recomienda en el paciente con lumbalgia crónica indicar acondicionamiento físico para disminuir el riesgo de agudización	✓ Buena Práctica
E	El cargar objetos pesados durante periodos prolongados y en posiciones incorrectas incrementan el riesgo de lumbalgia	III (Guías Europeas. 2004)
✓/R	Se sugiere evitar cargar objetos pesados en posiciones inadecuadas	✓ Buena Práctica



Existe evidencia de que las alteraciones psicosociales (depresión, insomnio, aumento de agresividad, desobediencia, violencia, fatiga, estrés laboral e hiperactividad) se asocian con incremento en la presentación de lumbalgia.

I  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



Es recomendable investigar aspectos psicosociales como factores de riesgo para lumbalgia

B  
(Guías Europeas. 2004)



Existe evidencia de que los factores psicosociales desempeñan un papel importante en lumbalgia crónica y discapacidad

A  
(European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low Back Pain in Primary Care. 2006)



Desde la primera evaluación clínica se recomienda investigar e identificar factores psicosociales asociados con el riesgo de desarrollar incapacidad crónica

Fuerte  
(American Collage of Physicians and American Pain Society. 2007)



Se recomienda investigar tipo de actividad laboral desempeñada, posturas, herramientas que se utilizan, esfuerzos que deben realizarse y su frecuencia con la finalidad de identificar situaciones potencialmente nocivas

B  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



El reposo prolongado o inactividad perpetúa el dolor lumbar

II  
(Guía de Práctica Clínica Rehabilitación en dolor de espalda. 2006)



Se recomienda un retorno temprano a la actividad física habitual en el paciente con lumbalgia

A  
(/Guía de Práctica Clínica Rehabilitación en dolor de espalda. 2006)



Dentro de las primeras seis semanas, el 90% de los episodios de lumbalgia se resuelven satisfactoriamente con el tratamiento

C  
(University of Michigan Health System. Acute Low Back Pain. 2003)



Se sugiere en el paciente con recuperación progresiva y uso mínimos de fármacos, fomentar la reincorporación oportuna a las actividades habituales y laborales

✓  
Buena Práctica

## 4.3 DIAGNÓSTICO

### 4.3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado



El 95% de los casos de lumbalgia aguda (< 6 semanas) constituyen causas inespecíficas

1  
(Management of Acute Musculoskeletal Pain Australia. 2003)



El médico debe realizar una historia y exploración física orientada, que le permita ubicar al paciente con dolor lumbar dentro de tres categorías: dolor bajo de espalda inespecífico, dolor lumbar potencialmente asociado con radiculopatía o dolor lumbar potencialmente asociado con enfermedad sistémica específica

Fuerte  
(American College of Physicians and the American Pain Society. 2007)



Se recomienda evaluar desde la primera consulta médica: semiología del dolor (localización, factor desencadenante, factores de exacerbación, factores que lo mejoran, irradiación)(95% de los casos benignos), severidad del dolor, tiempo de evolución, limitación funcional, factores de riesgo laboral, psicosociales y signos de alarma (cuadros I, II III y IV)

Fuerte  
(American College of Physicians and the American Pain Society. 2007)  
  
C  
(University of Michigan Health System. Acute Low Back Pain. 2003)

✓  
Buena Práctica



Se recomienda realizar un interrogatorio y exploración física, orientada ante el paciente con lumbalgia. Debe ponerse especial atención en la edad del paciente, sexo, ocupación, tiempo de evolución (aguda (< 6 semanas), subaguda (entre 6 y 12 semanas) y crónica (> 12 semanas), tipo de dolor (mecánico/inflamatorio) e investigar datos de compromiso neurológico

✓  
Buena Práctica



La edad > 50 años, la pérdida de peso inexplicable, el antecedente de cáncer o la falta de mejoría al tratamiento conservador, aumentan el riesgo de dolor lumbar secundario a tumor. La ausencia de estos cuatro signos descarta la presencia de cáncer (sensibilidad del 100%)

Ib  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



Se recomienda sospechar dolor lumbar asociado a neoplasia en el paciente con edad > 50 años, antecedente de cáncer, pérdida de peso, no mejoría después de 4-6 semanas, dolor continuo o progresivo, dolor en reposo y nocturno

A  
(The Italian Clinical Guidelines. 2006)



Una exploración neurológica completa debe ser realizada ante la presencia de dolor y otros síntomas neurológicos en las extremidades inferiores

IV  
(Management of Acute Musculoskeletal Pain Australia. 2003)



La presencia de paresia aporta una alta especificidad (93%) al diagnóstico de compresión radicular, por lo que su presencia prácticamente confirma su diagnóstico

II  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



Los factores que han demostrado estar relacionados con el diagnóstico de fractura son: empleo de esteroides, osteoporosis, traumatismos y edad >50 años

2++  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



Se recomienda sospechar dolor lumbar debido a fractura ante el paciente > 60 años, sexo femenino, con antecedente de osteoporosis, empleo crónico de esteroides y fractura previa

B  
(The Italian Clinical Guidelines. 2006)

**E**

La retención urinaria (sensibilidad del 90% y especificidad del 95%) y la anestesia en silla de montar, son los signos de mayor utilidad en el diagnóstico de la cauda equina

IV  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**R**

Es importante investigar la presencia de retención urinaria, tono de esfínter reducido, dolor en ambas piernas, déficit sensitivo-motor y anestesia en silla de montar en el paciente con lumbalgia debido síndrome de cauda equina

B  
(The Italian Clinical Guidelines. 2006)

**R**

Se recomienda investigar ante un paciente con lumbalgia los siguientes signos de alarma: edad > 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)

C  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**E**

La prueba de Lassegue tiene una sensibilidad del 91% y especificidad del 26% para el diagnóstico de radiculopatía

II  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**E**

La presencia de paresia aporta alta especificidad (93%) al diagnóstico de compresión radicular, sin embargo es importante aclarar que la mayoría de los pacientes presentan daño únicamente a las fibras sensoriales (dolor e hipoestesia en un dermatoma definido), por lo que no desarrollarán déficit muscular

II  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**R**

En pacientes con dolor lumbar irradiado o presencia de síntomas neurológicos, es adecuado realizar una exploración neurológica que incluya la prueba de Lassegue, así como evaluar sensibilidad, fuerza muscular y reflejos (cuadro VI)

D  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**E**

Los antecedentes de uso de drogas por vía parenteral, la infección urinaria o la infección de la piel tienen una sensibilidad aproximada del 40%, con una especificidad desconocida para el diagnóstico de infección vertebral.

IV  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



La fiebre tiene una especificidad del 98% y una sensibilidad del 50% para el diagnóstico de infección vertebral

IV  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



Se recomienda la realización de una exploración visual de la zona afectada con la finalidad de investigar lesiones cutáneas sugestivas de herpes zoster u otras enfermedades dermatológicas

✓  
Buena Práctica  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



Los datos clínicos asociados con lumbalgia debido a aneurisma de aorta incluyen: > 60 años, aterosclerosis, masa abdominal pulsátil, dolor en reposo y nocturno

B  
(The Italian Clinical Guidelines. 2006)



Durante la exploración física del paciente se deben evaluar los arcos de movimiento de la columna principalmente en aquellos pacientes con sospecha de enfermedades reumáticas inflamatorias (cuadro V)

✓  
Buena Práctica



Los datos clínicos asociados con dolor lumbar de origen inflamatorio incluyen: edad < 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

B  
(The Italian Clinical Guidelines. 2006)



La realización de radiografía de columna lumbar en pacientes con dolor lumbar inespecífico de más de 6 semanas de duración, sin otros signos de alarma, no disminuye el dolor ni la incapacidad a largo plazo, aunque si produce un aumento de satisfacción en el paciente

1+  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)  
III-2  
(Management of Acute Musculoskeletal Pain, Australia. 2003)



La radiografía de columna no permite descartar la existencia de neoplasia e infección en pacientes con alta sospecha debido a que la prueba presenta baja sensibilidad

1b  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



Generalmente las radiografías de columna lumbar antero posterior y lateral no son útiles en lumbalgia aguda, aunque pueden ser consideradas en pacientes con fiebre de mas de 38 grados centígrados por más de 48 horas, osteoporosis, enfermedad sistémica, déficit

C  
(Institute For Clinical Systems Improvement. Adult Low Back Pain. 2006)

sensitivo o motor, uso crónico de esteroides, inmunosupresión, sospecha clínica de espondilitis anquilosante, accidente o trauma, mayor de 50 años y ausencia de respuesta a tratamiento habitual por más de 4-6 semanas



La radiografía de columna lumbar tiene su indicación en el paciente con lumbalgia y sospecha de patología grave, como cáncer o infección, cuando en la anamnesis y exploración física se identifiquen signos de alarma, se recomienda solicitar en proyección antero-posterior y lateral, con el paciente de pie y sin calzado

✓  
Buena Práctica



En la radiografía deberá buscar de forma intencionada: escoliosis, alteración en las curvaturas, forma de las vertebrae, fracturas, listesis, espacios intervertebrales, disminución de foramen oval, presencia de osteofitos, diferencia en la altura de crestas iliacas y alteración en tejidos blandos

✓  
Buena Práctica



No se recomienda solicitar estudios de imagen de manera rutinaria u otros estudios diagnósticos, en pacientes con lumbalgia aguda inespecífica

Fuerte  
(American Collage of Physicians and American Pain Society. 2007)



Se recomienda solicitar estudios complementarios ante el paciente con lumbalgia con base en una evaluación clínica completa e individualizada

✓  
Buena Práctica



En personas sin signos de alarma, la sustitución de la radiografía por la resonancia magnética como prueba de imagen no mejora los resultados respecto a discapacidad, dolor y utilización de recursos

I  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



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

A  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



Debe solicitarse estudios diagnósticos en pacientes con lumbalgia, cuando estén presentes déficit neurológicos severos o progresivos, o bien ante sospecha de enfermedad específica, con base en la información obtenida de la historia clínica

Fuerte  
(American Collage of Physicians and American Pain Society. 2007)



Realice biometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular y otros exámenes de laboratorio, ante un paciente con sospecha clínica fundamentada de lumbalgia inflamatoria o sistémica y/o presencia de signos de alarma

✓  
Buena Práctica



La presencia de hallazgos anormales en la resonancia magnética de personas asintomáticas es elevada (28-36%) y aumenta con la edad

IV  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



En pacientes con lumbalgia con sospecha clínica de infección o neoplasia está indicada la realización de resonancia magnética (por ser la mejor prueba disponible) la cual debe ser solicitada por segundo y tercer nivel

✓  
Buena Práctica  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



En pacientes con lumbalgia persistente, con signos y síntomas de radiculopatía o estenosis espinal debe considerarse resonancia magnética y tomografía computada, únicamente si son candidatos potenciales a intervenciones invasivas: cirugía o inyección epidural con esteroides (por sospecha de radiculopatía)

Fuerte  
(American Collage of Physicians and American Pain Society. 2007)



Los exámenes de resonancia magnética y tomografía axial computada no están usualmente indicados en los casos de lumbalgia inespecíficas

A  
(European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low back Pain in Primary Care. 2006)



Se recomienda que ante un paciente con lumbalgia sin respuesta al tratamiento después de 4-6 semanas de evolución, se realice una reevaluación de los datos clínicos; factores ocupacionales, apego a tratamiento, búsqueda intencionada de signos de alarma y evaluar la utilidad de estudios de imagen

D  
(Tratamiento de lumbalgia aguda. 2005)

✓  
Buena Práctica

## 4.4 TRATAMIENTO

### 4.4.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
 En el manejo del dolor lumbar agudo y subagudo, está indicado como medicamento de primera elección el paracetamol, cuya eficacia es similar a los AINE	1+ (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
 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	B (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
 Se recomienda la utilización de paracetamol como primera elección en el tratamiento de la lumbalgia crónica inespecífica, por su menor incidencia de efectos adversos	A (American Academy of Family Physician. 2007)
 Cuando el paracetamol es insuficiente para alivio del dolor, un AINE puede ser empleado mientras no haya contraindicación	D (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
 Hay evidencia limitada de que los AINE son más eficaces que la administración de paracetamol en la lumbalgia crónica	Consenso (Management of Acute Musculoskeletal Pain Australia. 2003)
 El riesgo de sangrado gastrointestinal asociado a paracetamol es menor que el de los AINE. Existe evidencia contradictoria sobre la seguridad del paracetamol a dosis > 2 gramos	1+ (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
 Se recomienda previo al inicio del tratamiento farmacológico tomar en consideración los siguientes aspectos: edad del paciente, comorbilidades, dieta, interacciones farmacológicas, función cardiovascular y renal, así como la prescripción de protectores de la mucosa gástrica con el fin de prevenir complicaciones asociadas con la administración de AINEs (cuadro VII)	2+ (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
 Se recomienda previo al inicio del tratamiento farmacológico tomar en consideración los siguientes aspectos: edad del paciente, comorbilidades, dieta, interacciones farmacológicas, función cardiovascular y renal, así como la prescripción de protectores de la mucosa gástrica con el fin de prevenir complicaciones asociadas con la administración de AINEs (cuadro VII)	✓ Buena Práctica

E

No hay evidencia de que exista diferencia en la eficacia del alivio del dolor entre los distintos AINE

1+  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

E

Ibuprofeno es el AINE que está asociado a un menor riesgo de complicaciones gastrointestinales serias, ventaja que probablemente se pierde a dosis > 1800 mg/día

2+  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

E

Algunos AINE tradicionales (ibuprofeno, diclofenaco) podrían presentar un incremento de complicaciones cardiovasculares

2+  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

R

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

B  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

E

Los efectos adversos de los AINE incluyen complicaciones gastrointestinales, tales como enfermedad ácido péptica, hemorragia y perforación

I  
(Management of Acute Musculoskeletal Pain Australia. 2003)

✓/R

Se debe considerar el perfil de seguridad de los AINE (en particular el riesgo gastrointestinal) y los factores de riesgo individuales (renal, cardiovascular, posibles interacciones farmacológicas) de cada paciente en el momento de seleccionar un AINE

✓  
Buena Práctica  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

R

Evalúe la necesidad de prescribir antiácidos, antagonistas de los receptores H2 o inhibidores de la bomba con el fin de brindar protección gástrica a los pacientes en tratamiento con AINE

D  
(Tratamiento de lumbalgia aguda. 2005)

E

Existe evidencia insuficiente de que los AINE son más efectivos cuando se comparan con los relajantes musculares y antidepresivos en el tratamiento de la lumbalgia aguda

I  
(Management of Acute Musculoskeletal Pain Australia. 2003)



En el tratamiento de la lumbalgia crónica, se recomienda el asociar a paracetamol un AINE, evaluando la respuesta individualizada en el paciente. Sin embargo no se recomienda el uso de AINE por más de 4 semanas

✓  
Buena Práctica



Los opiáceos menores no han mostrado eficacia para disminuir el dolor, mejorar la capacidad funcional ni la calidad de vida en el tratamiento de la lumbalgia aguda, sus efectos adversos más frecuentes son náuseas, mareo, somnolencia y cefalea

1+  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



No hay estudios que evalúen la eficacia de opiáceos mayores (vía oral, parches) frente a menores, en la lumbalgia aguda y crónica

1+  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



Existe evidencia de que la administración combinada de paracetamol con un opioide proporciona alivio de dolor en período no mayor de 10 días

A  
(European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low Back Pain in Primary Care. 2004)



No se recomienda la administración de opiáceos en la lumbalgia aguda como tratamiento inicial

B  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



En pacientes con lumbalgia aguda o crónica que no responden a paracetamol y AINE, pueden utilizarse y/o asociarse opiáceos menores durante períodos cortos de tiempo e intervalos regulares

D  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



Los relajantes musculares no benzodiazepínicos son más eficaces que el placebo para reducir el dolor en el tratamiento de la lumbalgia aguda. La evidencia para los fármacos benzodiazepínicos es menos consistente

1+  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



No hay evidencia de que los relajantes musculares sean más eficaces comparados con los AINE en el tratamiento de la lumbalgia aguda

1+  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

I  
(Management of Acute Musculoskeletal Pain Australia. 2003)

**E**

Los relajantes musculares no son efectivos para aliviar el espasmo muscular

C  
(European Guidelines for the Management of Chronic Non-Specific Low back Pain. 2004)

**E**

Existe evidencia de que los relajantes musculares reducen el dolor y son igualmente efectivos entre sí, sin embargo su administración se asocia con somnolencia, mareo y dependencia

A  
(European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low back Pain in Primary Care. 2006)

**R**

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

D  
(Tratamiento de lumbalgia aguda. 2005)

**R**

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 benzodiazepínico durante un período corto de tiempo

D  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**R**

En pacientes con dolor lumbar crónico se podría valorar la administración de relajantes musculares benzodiazepínicos, teniendo en cuenta sus efectos secundarios

B  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**E**

Los antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos, a dosis antidepresivas, han demostrado producir una discreta mejoría del dolor en pacientes con lumbalgia crónica. No así los inhibidores de la recaptura de serotonina

1++  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**E**

Existe evidencia de que los antidepresivos noradrenérgicos y noradrenérgicos-serotoninérgicos son efectivos en aliviar el dolor de pacientes con lumbalgia crónica

A  
(European Guidelines for the Management of Chronic Non-Specific Low back Pain. 2004)

**R**

Se recomienda la utilización de antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos, a dosis antidepresivas, en pacientes con lumbalgia crónica en quienes hayan fracasado los tratamientos convencionales. Debe tenerse en cuenta el perfil de efectos secundarios antes de su prescripción y que su efecto terapéutico se consigue entre las 3 y 4 semanas

B  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**R**

No se recomienda la indicación de antidepresivos en el manejo de la lumbalgia aguda

A  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

✓/R

En pacientes con lumbalgia subaguda y factores de mal pronóstico funcional, se debe evaluar de forma individualizada la utilización de antidepresivos

✓  
Buena Práctica  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**E**

No hay ensayos clínicos que evalúen la eficacia de capsaicina en los pacientes con dolor lumbar agudo y subagudo. Sus efectos adversos tópicos son frecuentes: eritema, quemaduras y prurito

1+  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**E**

Los efectos adversos tópicos de la capsaicina son frecuentes y están relacionados con las pérdidas que se producen en el seguimiento

1+  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**R**

El uso de capsaicina podría considerarse en aquellos pacientes con dolor lumbar crónico de intensidad moderada a severa que no han respondido a otros tratamientos

C  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**E**

No hay evidencia de que los esteroides por vía sistémica sean eficaces en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico

1+/-  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**R**

No se recomienda la utilización de esteroides sistémicos en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico

B  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**E**

Las infiltraciones facetarias e intradiscales con esteroides, no son eficaces en la disminución del dolor en la lumbalgia subaguda y crónica

1+  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**R**

No se recomiendan infiltraciones epidurales, facetarias, en puntos gatillo o intradiscales en personas con dolor lumbar subagudo o crónico inespecífico

A  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**E**

No hay evidencia de que la administración de vitamina B sea eficaz para el tratamiento del dolor lumbar inespecífico

1+  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**R**

No se recomienda la utilización de vitamina B en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico.

A  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

#### 4.4.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

### Evidencia/Recomendación

### Nivel/Grado

**E**

Hay evidencia de que proporcionar información al paciente con lumbalgia produce una mejoría más temprana, reduce el número de visitas al médico y mejora el estado funcional

C  
(European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low back Pain in Primary Care. 2006)

✓/R

Los folletos para pacientes pueden utilizarse como material de apoyo en las consultas, sin embargo no deben sustituir a la información verbal proporcionada por profesionales (cuadro VIII)

✓  
Buena Práctica  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**R**

Proporcionar educación acerca de los factores agravantes, evolución y tiempo estimado de mejoría permite acelerar la recuperación en pacientes con lumbalgia aguda y prevenir el desarrollo de lumbalgia crónica

C  
(American Academy of Family Physician. 2007)

**R**

Se debe informar a los pacientes con dolor lumbar de forma clara sobre el buen pronóstico de la enfermedad y la ausencia de patología grave. Así como sobre la escasa utilidad de las radiografías y la importancia de mantener la actividad a pesar del dolor

D  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**E**

Hay evidencia contradictoria sobre la eficacia de las escuelas de espalda en la atención de la lumbalgia

1-  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**R**

Los médicos deben proporcionar a los pacientes información basada en evidencia acerca del pronóstico favorable del dolor lumbar agudo, con o sin ciática, incluyendo la posibilidad de la mejora substancial en el primer mes, la necesidad de mantenerse activo y las opciones de auto cuidado

A  
(American Academy of Family Physicians. 2007)



Se recomienda tranquilizar al paciente haciéndolo conciente de su dolor y evitar los mensajes negativos. La información debe ser completa y en términos comprensibles para el paciente, así como procurar el retorno laboral de forma temprana

✓  
Buena Práctica



La meta primaria de la rehabilitación en personas con dolor lumbar agudo es tratar de disminuir o eliminar el dolor, procurar la reincorporación a las actividades y el trabajo, prevenir el desacondicionamiento, discapacidad, tendencia a la cronicidad y evitar conductas incorrectas e innecesarias

B  
(Guía de Práctica Clínica Rehabilitación en dolor de espalda. 2006)



La atención oportuna de la persona con dolor músculo esquelético, luego del primer episodio de dolor, disminuye la posibilidad de desarrollar un problema crónico

B  
(Guía de Práctica Clínica. Rehabilitación en dolor de espalda. 2006)



Existe una reducción significativa del dolor y una mejoría de la capacidad funcional a corto y largo plazo en pacientes con dolor lumbar agudo que mantienen la actividad frente a los que realizan reposo. La duración de la incapacidad laboral y la cronicidad también son menores en quienes mantienen la actividad

1++  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

I  
(Management of Acute Musculoskeletal Pain Australia. 2003)



Existe evidencia de que los pacientes que se mantienen un estado activo y continúan con actividades normales de la vida diaria, incluyendo el trabajo, tienen una recuperación más temprana de los síntomas y reduce la discapacidad

A  
(European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low back Pain in Primary Care. 2006)



Un retorno gradual a las actividades normales es más efectivo y permite una mejoría más rápida en pacientes con lumbalgia aguda

A  
(Institute For Clinical Systems Improvement. Adult Low Back Pain. 2006)



Se recomienda un retorno temprano a la actividad física normal y la limitación del tiempo de reposo absoluto en cama

B  
(Guía de Práctica Clínica. Rehabilitación en dolor de espalda. 2006)



En las personas con dolor lumbar agudo el reposo por más de 2 o 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

A  
(American Academy of Family Physician. 2007)

**R**

Se recomienda en pacientes con dolor lumbar agudo, subagudo o crónico continuar con las actividades de la vida diaria y mantener la actividad, incluyendo la incorporación al trabajo siempre que el dolor lo permita

A  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**R**

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

A  
(Institute For Clinical Systems Improvement. Adult Low Back Pain. 2006)

**E**

El masaje aislado no es más eficaz que otros tratamientos activos en la lumbalgia, aguda, subaguda y crónica

1+  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**E**

El masaje disminuye el dolor y aumenta la capacidad funcional cuando se asocia a ejercicio y auto cuidado en personas con dolor subagudo

1+  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**E**

En la lumbalgia crónica no hay resultados consistentes cuando se compara masaje y tratamientos activos

1++  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**R**

No se puede recomendar el masaje como terapia única en la lumbalgia aguda, subaguda y crónica

A  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

**R**

La meta en el manejo de la persona con dolor lumbar crónico debe enfocarse, más que a la solución de un síntoma doloroso, a la prevención de la discapacidad y minusvalía. Las metas específicas incluyen la restauración de la función y las condiciones para todas las actividades incluyendo el trabajo, requiriéndose la participación de un equipo transdisciplinario, que realice una evaluación y atención integral del paciente

B  
(Guía de Práctica Clínica. Rehabilitación en dolor de espalda. 2006)

**E**

El calor local produce una disminución del dolor y de la incapacidad a corto plazo en la lumbalgia aguda y subaguda

1++  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



En pacientes con lumbalgia aguda y subaguda se puede recomendar la aplicación de calor local para el alivio del dolor

B  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



El empleo de calor esta contraindicado en caso de alteraciones sensitivas, escaras, alteraciones de la coagulación y procesos neoplásicos, sin embargo, es importante señalar que el calor tiene diferentes tipos de penetración en los tejidos (dependiendo de la modalidad), en particular el calor superficial (compresas húmedo calientes, rayos infrarrojos) no se encuentra contraindicado en los procesos neoplásicos

D  
(Guía de Práctica Clínica Rehabilitación en dolor de espalda. 2006)

✓  
Buena Práctica



No existe suficiente evidencia para recomendar la aplicación de frío (crioterapia) en las etapas aguda, subaguda y crónica

Fuerte  
(American Collage of Physicians and American Pain Society. 2007)



El uso de crioterapia está contraindicado en caos de alteraciones sensitivas, crioglobulinemia y de hipersensibilidad al frío - una reacción alérgica de urticaria y angioedema luego de la aplicación

II  
(Guía de Práctica Clínica. Rehabilitación en dolor de espalda. 2006)



La aplicación de frío local no se recomienda en la lumbalgia aguda y crónica

A  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



La utilización de crioterapia intermitente en la etapa inmediata de la lumbalgia aguda de origen postraumática, puede ser de utilidad, en pacientes con aceptación a esta modalidad, con la finalidad de disminuir el dolor

✓  
Buena Práctica



La acupuntura no es más eficaz que el tratamiento con AINE para disminuir el dolor y la discapacidad en pacientes con dolor lumbar agudo

1++  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



La acupuntura no produce un mayor alivio del dolor que el masaje o el paracetamol en la lumbalgia crónica

1++  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



Los efectos secundarios de la acupuntura, aunque raros, son potencialmente graves

I  
(Management of Acute Musculoskeletal Pain Australia. 2003)

R	La acupuntura no está recomendada en la lumbalgia aguda, subaguda y crónica	A (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
E	En lumbalgia subaguda la realización de ejercicios programados en el ámbito laboral disminuye el ausentismo	1++ (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
E	En pacientes con lumbalgia de más de 4 semanas de duración, la realización de un programa de ejercicios disminuye el dolor y la discapacidad a los 3 meses, aunque estos beneficios no se mantienen a largo plazo	1+ (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
E	No hay evidencia de qué tipo de ejercicio ni de qué duración sería la más adecuada en la lumbalgia subaguda	1++ (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
E	El ejercicio es tan eficaz como otros tratamientos conservadores en cuanto a disminuir el dolor y aumentar la capacidad funcional en pacientes con lumbalgia crónica. Estos ejercicios generalmente incluyen programas individualizados	1++ (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
E	Los ejercicios de estiramiento no son más eficaces que otro tipo de ejercicios	4 (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
R	Es importante recomendar al paciente interrumpir cualquier actividad o ejercicio que cause aumento de los síntomas. Los programas de ejercicio aeróbico con mínimo esfuerzo lumbar (caminar, bicicleta, nadar) pueden iniciarse en las primeras 2 semanas en la mayoría de los pacientes con lumbalgia aguda. Los ejercicios de fortalecimiento para músculos de tronco especialmente los extensores de columna con incremento gradual, pueden beneficiar a los pacientes con lumbalgia aguda	A (Institute For Clinical Systems Improvement. Adult Low Back Pain. 2006)
R	La terapia con ejercicio supervisado esta recomendada como una terapia de primera línea en el manejo de la lumbalgia crónica. Sin embargo, existe conflicto en la evidencia acerca de la efectividad de programas que involucran ejercicios de flexión de tronco (Williams) comparados con aquellos que involucran extensión de tronco (McKenzie)	C (European Guidelines for the Management of Chronic Non-Specific Low back Pain. 2004)

E	El ejercicio acorta los días de incapacidad en personas con lumbalgia crónica	1++ (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
R	En la lumbalgia subaguda y crónica inespecífica, se recomienda la realización de ejercicio físico. El ejercicio puede ser la base fundamental del tratamiento	A (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
R	Se recomienda realizar ejercicios de fortalecimiento de la musculatura abdominal y lumbar entre 2 y 3 veces por semana	B (Guía de Práctica Clínica. Rehabilitación en dolor de espalda. 2006)
R	El ejercicio físico puede ser recomendado en la prevención de la recurrencia del dolor lumbar	A (Guía Europea para la prevención de lumbalgia. 2004)
✓/R	La actividad física que se recomienda debe tener en cuenta las preferencias y habilidades de cada persona	✓ Buena Práctica (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
E	No hay suficiente evidencia para afirmar que las fajas lumbares son eficaces en el tratamiento de la lumbalgia aguda, subaguda y crónica	1++ (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
E	No hay evidencia acerca de la utilidad de los soportes lumbares en la prevención primaria del dolor lumbar agudo, así como tampoco hay evidencia que valore la eficacia de los soportes lumbares en la prevención secundaria del dolor lumbar agudo	1++ (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
R	Las fajas lumbares no están recomendadas para evitar la aparición del dolor en la lumbalgia	A (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
R	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	B (Guía de Práctica Clínica. Rehabilitación en dolor de espalda. 2006)
E	No hay evidencia de que la manipulación sea más eficaz que otras terapias para el dolor lumbar tanto agudo como crónico	1++ (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

R

La manipulación puede ofrecer beneficios a un corto plazo pero probablemente no es más efectiva que el tratamiento médico habitual

B  
(American Academy of Family Physician. 2007)

R

Existe un número pequeño de pacientes que podría beneficiarse de la manipulación, requiriéndose para la aplicación de esta técnica personal con amplia experiencia y con formación acreditada

D  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

R

En caso de solicitud expresa de información, el médico familiar deberá informar al paciente que no existe evidencia del tipo de pacientes que se benefician con la manipulación vertebral, se puede considerar como una alternativa de manejo en pacientes con lumbalgia crónica que presentan dificultad para reintegrarse a sus actividades normales y la necesidad para su aplicación de profesionales capacitados. Esta contraindicada en las personas con déficit neurológico grave o progresivo

A  
(European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low Back Pain in Primary Care. 2006)

R

La terapia cognitivo conductual no se recomienda para el tratamiento del dolor lumbar en la etapa aguda. Existe fuerte evidencia de la efectividad de su utilización en el dolor lumbar subagudo, así como en la prevención de la cronicidad y recurrencias, comparado con otras modalidades de tratamiento

B  
(European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low Back Pain in Primary Care. 2006)

R

El médico debe proporcionar al paciente información basada en evidencia sobre el curso esperado de la lumbalgia, sugerir mantener actividad y proporcionar información efectiva sobre el auto cuidado

Fuerte  
(American Collage of Physicians and American Pain Society. 2007)

E

Existe una fuerte evidencia de que la rehabilitación biopsicosocial multidisciplinaria reduce el dolor, mejora la función en pacientes con dolor lumbar crónico, restaura el retorno al trabajo y reduce el ausentismo laboral

A  
(European Guidelines for the Management of Chronic Non-Specific Low back Pain. 2004)

R

Se recomienda en la atención de un paciente con lumbalgia el tratamiento multidisciplinario, aplicación y evaluación de intervenciones, dentro de las que se incluyen ejercicios, visitas al lugar de trabajo, consejo ergonómico y tratamientos conductuales

B  
(European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low Back Pain in Primary Care. 2006)

## 4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

### 4.5.1 CRITERIOS TÉCNICOS MÉDICOS DE REFERENCIA

#### 4.5.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
<p>Se recomienda referencia a segundo nivel de atención, al paciente dolor lumbar o radicular asociado a signos de alarma para establecer un diagnóstico diferencial y establecer tratamiento oportuno</p>	<p>A (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)</p>
<p>Debe referir a segundo nivel de atención al paciente con diagnóstico de Síndrome de cauda equina</p>	<p>D (Tratamiento de lumbalgia aguda. 2005)</p>
<p>Dolor radicular sin signos de alarma (déficit neurológico) que persiste durante más de 4-6 semanas sin mejoría, habiendo realizado un tratamiento adecuado</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>
<p>Se recomienda enviar a la especialidad de reumatología a todo ante un paciente con cuadro clínico de dolor lumbar de características inflamatorias, artritis, elevación de reactantes de fase aguda y alteraciones radiográficas de columna dorsolumbar y/o sacroiliacas</p>	<p>B (The Italian Clinical Guidelines. 2006)</p>
<p>Se recomienda enviar a médico de rehabilitación a los pacientes con dolor lumbar recurrente o bien lumbalgia crónica &gt; 12 semanas</p>	<p>A (University of Michigan Health System. Acute Low Back Pain. 2003)</p>
<p>Se recomienda enviar a la especialidad de neurología a todo paciente con más de 6 semanas dolor crónico de características atípicos, déficit neuromotor nuevo o progresivo</p>	<p>✓ Buena Práctica</p>



Se debe referir a medicina del trabajo a aquel paciente trabajador con mas 6 semanas de incapacidad y que se requiere comprobar mayor incapacidad o por incapacidad prolongada

✓  
Buena Práctica



Se recomienda enviar a segundo nivel a aquellos pacientes con duda diagnóstica y recurrencias frecuentes sin un factor desencadenante demostrable

✓  
Buena Práctica

## 4.6 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

### Evidencia/Recomendación

### Nivel/Grado



Los episodios de dolor mejoran rápidamente pero la persistencia de los síntomas residuales es frecuente. La lumbalgia presenta más un curso fluctuante que un curso autolimitado y benigno

3  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

III-2  
(Management of Acute Musculoskeletal Pain Australia. 2003)



Un episodio previo de dolor lumbar está relacionado con cronicidad y recurrencia de lumbalgia

2++  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



La presencia de depresión en pacientes con lumbalgia aguda inespecífica favorece la cronicidad del padecimiento

2++  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

III-2  
(Management of Acute Musculoskeletal Pain Australia. 2003)



En el seguimiento los pacientes con dolor lumbar , es importante informar de forma clara sobre el buen pronóstico de la enfermedad y la ausencia de patología grave, así como la escasa utilidad de las radiografías y la importancia de mantener la actividad física (cuadro IX)

D  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



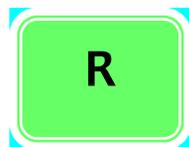
Se recomienda en pacientes con dolor lumbar agudo, subagudo o crónico continuar con las actividades de la vida diaria, incluyendo la incorporación al trabajo siempre que el dolor lo permita (cuadro X)

A  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



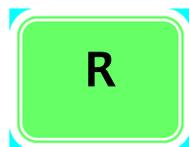
Se recomienda en el paciente con lumbalgia aguda inespecífica una consulta entre las 2 a 4 semanas de instituido el tratamiento, con la finalidad de evaluar respuesta terapéutica

✓  
Buena Práctica



Se debe instruir al paciente al paciente con relación al seguimiento, acudir a consulta si no hay mejoría con el tratamiento establecido y ante dolor intenso que persiste, empeora o progresa

D  
(Institute For Clinical Systems Improvement. Adult Low Back Pain. 2006)



En pacientes con lumbalgia aguda en ausencia de signos de síndrome de cauda equina, es apropiado proporcionar tratamiento conservador de 4 a 6 semanas

C  
(American Academy of Family Physician. 2007)



Dentro de las intervenciones de prevención probablemente efectivas se incluyen: actividad física, realizar ejercicios aeróbicos, fortalecimiento de músculos extensores de espalda, evaluación de los factores psicosociales y de la satisfacción laboral

C  
(University of Michigan Health System. Acute Low Back Pain. 2003)

#### 4.7 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

##### Evidencia/Recomendación

##### Nivel/Grado



Un episodio previo de dolor lumbar está relacionado con cronicidad y recurrencia de la lumbalgia

2+  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)



La edad mayor de 50 años se asocia con retraso en la incorporación al trabajo y cronicidad

2++  
(Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)

E	El dolor lumbar irradiado y la presencia de Lassegue en la exploración física se asocian a recurrencia y prolongación de días de incapacidad temporal	2+ (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
E	La incapacidad producida por el dolor al inicio del episodio está asociada a cronicidad, recurrencia y prolongación de días de incapacidad	2+ (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
E	El aislamiento social en el trabajo y las altas demandas físicas en el mismo están relacionadas con retraso en la incorporación al trabajo	2++ (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
✓/R	Se recomienda tener en consideración antes de determinar los días de incapacidad en un paciente los siguientes factores predictores de cronicidad: episodios previos de dolor lumbar, edad > 50 años, dolor irradiado, presencia de Lassegue, incapacidad producida por el dolor al inicio del episodio, depresión y aislamiento social o alta demanda física en el trabajo Se recomienda una reincorporación laboral temprana asociado a un tratamiento analgésico, información y educación al paciente con relación a la evolución y tratamiento del dolor lumbar y, en lo posible mantener un contacto regular con los empleadores sobre las formas de asegurar un retorno seguro al trabajo. Planear la reincorporación laboral reduce el riesgo de pérdida del trabajo.	✓ Buena Práctica (Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. 2007)
✓/R	Para evaluar el tiempo de reincorporación laboral se debe considerar el nivel de actividad, intensidad y tipo de dolor, edad del paciente y medidas preventivas en el trabajo.	✓ Buena Práctica
✓/R	Para evaluar el tiempo de reincorporación laboral se debe considerar el nivel de actividad, intensidad y tipo de dolor, edad del paciente y medidas preventivas en el trabajo.	✓ Buena Práctica
✓/R	No se recomienda otorgar incapacidad mayor de 2 días a los pacientes con lumbalgia aguda inespecífica	✓ Buena Práctica
✓/R	En el paciente con lumbalgia crónica la determinación del período de incapacidad requiere una toma de decisión individualizada, tomando en consideración etiología y con la valoración de medicina del trabajo	✓ Buena Práctica

## 5. DEFINICIONES OPERATIVAS

**Ciática:** dolor irradiado hacia la parte posterior de la pierna en la distribución del nervio ciático que sugiere compromiso mecánico o inflamatorio.

**Ejercicio:** serie de movimientos específicos con el objetivo de entrenar o desarrollar el cuerpo para una práctica rutinaria o como un entrenamiento para promover la salud

**Ejercicio de alto impacto:** incluye a los ejercicios donde se somete a cargas o estrés al esqueleto axial (columna vertebral, sacroiliacas, caderas, rodillas y tobillos, principalmente por movimientos para vencer la gravedad (saltar, cargar pesas, etc.)

**Ejercicio de bajo impacto:** ejercicios donde no se somete a las articulaciones a cargas o estrés contra gravedad, como estiramientos, movilización articular, ejercicios de flexibilidad y coordinación

**Escuelas de espalda:** programas educativos y de adquisición de destrezas, que orientan y entrenan a la persona en los cuidados de salud de la espalda, la mecánica corporal, los cuidados hospitalarios, y otros tipos de instrucción pública para personas no enfermas. Se supervisan por terapeutas médicos especialistas, sus objetivos principales son la educación y la auto responsabilidad

**Factores psicosociales laborales:** aquellos que ocasionan estrés en el trabajo, altas demandas en el puesto laboral, contenido laboral pobre (con escaso poder de decisión, poco control sobre la actividad laboral y trabajo monótono), escaso apoyo por parte de los y las compañeras o por la dirección y la realización de un trabajo con mucha tensión

**Hernia de disco:** herniación del núcleo pulposo de un disco intervertebral, que condiciona fibrosis la cual puede resultar en compresión del nervio y estructuras adyacentes

**Higiene de columna:** información, orientación y educación del paciente sobre la adecuada realización de las actividades de la vida diaria con relación al funcionamiento biomecánico adecuado de los diferentes segmentos de la columna vertebral, incluye consejos sobre corrección postural, manejo de cargas y actividades de la vida diaria a la biomecánica de la columna vertebral

**Índice de masa corporal:** Es la relación que existe entre el peso sobre la talla al cuadrado ( $IMC = \text{peso}(\text{kg}) / \text{talla}(\text{m})^2$ ). Para el diagnóstico de sobrepeso se considera un valor de  $IMC \geq 25$  y para el diagnóstico de obesidad se considera un  $IMC \geq 30$ .

**Manipulación:** forma de terapia manual que implica movimiento de una articulación mayor que su rango de movimiento habitual, pero no mayor que su rango de movimiento anatómico

**Masaje:** técnica que consiste en la manipulación de los tejidos blandos utilizando las manos o un instrumento mecánico para facilitar la circulación y disminuir el espasmo muscular

**Maniobra de Lassegue:** prueba clínica que se realiza con el paciente en decúbito dorsal, flexionando la cadera de la extremidad afectada, con la rodilla en extensión, de manera progresiva y lenta, se considera positivo en caso de dolor agudo irradiado hacia la pierna en la flexión de cadera/pelvis entre 30 y 60 grados

**Medicina de Rehabilitación:** manejo interdisciplinario de la salud y funcionalidad de una persona, su meta es minimizar síntomas y discapacidad.

**Movilidad:** suma de las siguientes actividades: andar, estar de pie, en posición sentada, subir y bajar escaleras, ir en coche, conducir un coche y usar transporte público

**Lumbalgia aguda inespecífica:** es lo que se conoce como “dolor común”, sus características fundamentales son: 1.) paciente entre 20 y 55 años, 2.) dolor en región lumbosacra, glúteos y muslos, 3.) dolor de características mecánicas y 4.) buen estado general de la persona afectada

**Lumbalgia 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. No están incluidas las exacerbaciones de la lumbalgia crónica

**Promoción de estilos de vida saludable:** Proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore

**Radiculopatía:** disfunción de una raíz nerviosa asociada con dolor, déficit sensorial, calambres o disminución de los reflejos osteotendinosos en la distribución de un nervio específico

**Terapia conductual:** Aplicación sistemática de los principios psicológicos del aprendizaje en la modificación de la conducta humana.

**Terapia física:** aplicación científica y sistematizada de los medios físicos (calor, agua, frío, electricidad, presión, etc.) con fines terapéuticos

## 6. ANEXOS

### 6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

En la elaboración de esta guía hemos empleado una metodología mixta de adaptación-actualización. El grupo de trabajo se conformó por profesionales de la salud adscritos al primer, segundo y tercer nivel de atención, con especialidad en: Medicina Familiar, Medicina Interna, Reumatología, Medicina Física y Rehabilitación, con experiencia clínica en la atención de pacientes con Lumbalgia y formación en Metodología de la Investigación y Epidemiología Clínica

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado "outcome" (PICO) sobre: abordaje, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de Lumbalgia en la población mayor de 18 años.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica, a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre Lumbalgia, en las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines International Networks, Ministry of Health Clinical Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, National Institute for Health of Clinical Excellence, National Library of Guidelines, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

Para responder las preguntas clínicas se definieron dos estrategias de búsqueda:

a) En el caso de preguntas cuya respuesta requería adaptación, el grupo de trabajo seleccionó como material de partida Guías de Práctica Clínica con las siguientes criterios:

- Idioma inglés y español
- Metodología de medicina basada en la evidencia
- Consistencia y claridad en las recomendaciones
- Publicación reciente
- Libre acceso

Se encontraron 148 guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes como documentos base para la elaboración de esta guía:

1. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza 2007
2. European Guidelines for the Management of Acute Non-specific Low Back Pain in primary care 2006
3. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society, 2007
4. Institute for Clinical System Improvement Health Care Guidelines: Adult Low Back Pain, 2006
5. European Guidelines for Prevention in low back pain 2004

6. European Guidelines for the Management of Chronic Non-specific Low Back Pain 2004
7. Guidelines for Clinical Care. Acute Low Back Pain. University of Michigan Health System, 2005
8. Evidence-Based Management of Acute Musculoskeletal Pain. Acute Low Back Pain. Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group, 2003
9. Tratamiento de Lumbalgia Aguda. Criterios Técnicos y Recomendaciones basadas en la Evidencia, Costa Rica 2005
10. Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines. Clinical guidelines in Rehabilitation, 2006
11. Rehabilitación en Dolor de espalda. Guías de Práctica Clínica Basadas en la evidencia 2006
12. U.S. Preventive Services Task Force. Primary Care Interventions to Prevent Low Back Pain in adults: Recommendation Statement, 2005
13. New Zealand Acute Low Back Pain Guide, 2004

b) En el planteamiento de las respuestas que requerían actualización o elaboración “de novo” se realizó un proceso específico de búsqueda en: Medline-Pubmed, Ovid, Cochrane Library, utilizando los términos y palabras clave: “low back pain” AND “Diagnosis” AND “Treatment”, limitando la búsqueda a artículos en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000, en seres humanos, principalmente metaanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados. En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones.

En aquellos aspectos que el equipo de trabajo redactor de la guía considere necesario resaltar, porque constituyen un área con ausencia de evidencia concluyente, o porque se trata de aspectos clínicos de especial relevancia, se marcará con el signo ✓ y recibirán la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

## 6.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Guía de Práctica Clínica de Osakidetza (2007)

Nivel de evidencia y Grados de Recomendación de SIGN para estudios de intervención

Nivel de Evidencia	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos
4	Opinión de expertos
Grados de Recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+
✓	Consenso del equipo redactor

Guía de Práctica Clínica de Osakidetza (2007)

Niveles de evidencia y Grados de Recomendación para estudios de diagnóstico Adaptado de The Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (2001) and the Centre for Reviews and Dissemination Report Number 4 (2001)

Niveles de Evidencia	Tipo de Evidencia
Ia	Revisión sistemática (con homogeneidad) <sup>a</sup> de estudios de nivel 1b
Ib	Estudios de nivel 1b
II	Estudios de nivel 2c Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 2
III	Estudios de nivel 3d Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 3
IV	Consenso, informes de comités de personas expertas u opiniones y/o experiencia clínica sin valoración crítica explícita: o en base a la fisiología, difusión de la investigación o "principios básicos"

a Homogeneidad significa que no hay variaciones, o que estas son pequeñas, en la dirección y grado de los resultados entre los estudios individuales que incluye la revisión sistemática

b Estudios de nivel 1:

aquellos que utilizan una comparación ciega de la prueba con un estándar de referencia validado (gold estándar) y que se realizan en una muestra de pacientes que refleja a la población a quien se aplicará la prueba

c Estudios de nivel 2:

abordan una población reducida (la muestra de pacientes no refleja a la población a quien se aplicaría la prueba)

utilizan un estándar de referencia pobre (aquel donde la "prueba" es incluida en la "referencia", o aquel en que las "pruebas" afectan a la "referencia")

la comparación entre la prueba y la referencia no está cegada

estudios de casos y controles

d Estudios de nivel 3:

aquellos que presentan al menos dos o tres de las características incluidas en el nivel 2

Grados de Recomendación	
A Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib	C Estudios con un nivel de evidencia III
B Estudios con un nivel de evidencia II	D Estudios con un nivel de evidencia IV

Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en la Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica. Tratamiento de Lumbalgia Aguda 2005. Costa Rica

Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
A	1 <sup>a</sup> 1b 1c	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios. Ensayo clínico aleatorio individual. Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación.
B	2a 2b 2c 3a 3b	Revisión sistemática de estudios de cohortes. Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad. Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos. Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad Estudios de caso-control individuales
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Los Grados de Recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el Nivel de Evidencia; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales.

Significado de los grados de recomendación

Grado de Recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable
B	Recomendación favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de

Diagnosis and Treatment of Low Back pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society

Calidad de la Evidencia	Fuerza de la Recomendación	
	Las ventajas pueden o no pueden compensar los riesgos	Las ventajas los riesgos y daños se balancean
Alto	Fuerte	Débil
Moderado	Fuerte	Débil
Bajo	Fuerte	Débil
Insuficiente evidencia para determinar los beneficios o daños netos		

Método para Calificar la Fuerza de la Evidencia para una intervención

Grado	Definición
Buena	La evidencia incluye resultados consistentes de estudios bien diseñados y conducidos en poblaciones representativas, que evalúan directamente los efectos sobre los resultados de salud (al menos 2 estudios consistentes y de alta calidad)
Moderado	La evidencia es suficiente para determinar los efectos sobre los resultados en salud, pero la fuerza de la evidencia está limitada por el número, calidad, medida o consistencia de los estudios incluidos, generalizabilidad en la práctica diaria, o la naturaleza indirecta de la evidencia sobre resultados en salud (al menos 1 estudio de alta calidad, con tamaño de la muestra suficiente; 2 o más estudios de alta calidad con alguna inconsistencia; al menos 2 estudios consistentes, de baja calidad o múltiples estudios observacionales consistentes, sin defectos metodológicos significativos)
Pobre	La evidencia es insuficiente para evaluar los efectos sobre los resultados en salud debido al poder y número limitado de estudios, grandes e inexplicables inconsistencias entre estudios de alta calidad, importantes defectos en el diseño y conducción de estudio, ausencia de evidencia o falta de información en importantes resultados en salud

Evaluation and Treatment of Acute Low back Pain. American Academy of Family physicians 2007

Grado	Definición
A	Recomendación con evidencia consistente y de buena calidad
B	Recomendación con evidencia inconsistente y limitada calidad
C	Consenso, opinión de expertos, serie de caos, práctica clínica usual

European Guidelines For The Management of Chronic Non-Specific Low Back Pain 2004

European Guidelines For The management of Acute Nonspecific Low Back Pain in Primary care 2006

Niveles de evidencia

Tratamiento y Prevención	
Nivel A	Hallazgos generalmente consistentes proporcionados por múltiples ensayos clínicos controlados aleatorizados de alta calidad
Nivel B	Hallazgos generalmente consistentes proporcionados por múltiples ensayos clínicos controlados aleatorizados o no aleatorizados de baja calidad
Nivel C	Hallazgos inconsistentes de múltiples ensayos clínicos controlados aleatorizados o no aleatorizados o un ensayo clínico controlado aleatorizado (de alta o baja calidad)
Nivel D	No ensayos clínicos controlados aleatorizados o no aleatorizados
Pronóstico	
Nivel A	Hallazgos generalmente consistentes proporcionados por múltiples estudios de cohorte prospectivos de alta calidad
Nivel B	Hallazgos generalmente consistentes proporcionados por múltiples estudios de cohorte prospectivos de baja calidad o estudios pronóstico de baja calidad
Nivel C	Hallazgos inconsistentes de múltiples estudios pronóstico o un estudio pronóstico (de alta o baja calidad)
Nivel D	No estudios pronóstico
Estudios pronósticos de alta calidad: estudios de cohorte prospectivos Estudios pronóstico de baja calidad: estudios de cohorte retrospectivos, serie de casos, seguimiento de controles no tratados en un ensayo clínico controlado aleatorizado	
Diagnostico	
Nivel A	Hallazgos generalmente consistentes proporcionados por múltiples estudios diagnóstico de alta calidad
Nivel B	Hallazgos generalmente consistentes proporcionados por múltiples estudios diagnóstico de baja calidad
Nivel C	Hallazgos inconsistentes de múltiples estudios diagnóstico o un estudio diagnóstico (de alta o baja calidad)
Nivel D	No estudios diagnóstico

Institute For Clinical Systems Improvement (ICSI) Adult Low Back Pain 2006

Clases	<i>Reportes primarios de información de nueva colección</i>
CLASE A	<i>Estudios aleatorizados y controlados</i>
CLASE B	<i>Estudio de cohorte</i>
CLASE C	<i>Ensayo clínico controlado no aleatorizado con un estudio concurrente o estudio de casos y controles. Estudio con sensibilidad y especificidad de una prueba diagnóstica Estudio descriptivo de base poblacional.</i>
CLASE D	<i>Estudio seccional Serie de casos Reporte de casos</i>

Clases	<i>Reportes que sintetizan o reflejan colecciones de reportes primarios</i>
CLASE M	<i>Meta-análisis Decisión-análisis Análisis de costo-beneficio Análisis de costo-efectividad.</i>
CLASE R	<i>Artículo de Revisión Reporte de consenso Consenso de comité de expertos</i>
CLASE X	<i>Opinión médica</i>

<i>Grados de Recomendación</i>	
GRADO I	<i>La evidencia es obtenida del resultado de estudios de diseño solido que responden a la pregunta de investigación. Los resultados son clínicamente importantes y consistentes con excepciones menores. Los resultados se encuentran libres de dudas serias acerca de la generalización, sesgos y fuga de información en el diseño de investigación. Los estudios con resultados negativos tienen ejemplos suficientemente extensos para tener poder estadístico adecuado.</i>
GRADO II	<i>La evidencia es obtenida del resultado de estudios de diseño solido que responden a la pregunta de investigación pero con inconsistencias entre los resultados de diferentes estudios o debido a las dudas de generalización, sesgos y dudas de información en el diseño o tamaño de la muestra inadecuado. Alternativamente la evidencia es obtenida de estudios con diseño débil, y cuyos resultados han sido confirmados en otros estudios consistentes.</i>
GRADO III	<i>La evidencia es obtenida del resultado de un numero limitado de estudios de diseño débil para responder a la pregunta de investigación. La evidencia obtenida de estudios de diseño sólido no esta disponible, debido a que no se han realizado estudios de diseño adecuado o los estudios que se han realizado no son concluyentes debido a la falta de generalización, sesgos o tamaño de la muestra inadecuado.</i>
GRADO IV	<i>La evidencia consiste únicamente en los argumentos en experiencia clínica, no sustentable, por ningún estudio de investigación.</i>

University of Michigan Health system. Acute Low Back Pain 2003

Niveles de evidencia de las recomendaciones

Grado	Definición
A	<i>Ensayos clínicos controlados aleatorizados</i>
B	<i>Ensayos clínicos controlados no aleatorizados</i>
C	<i>Estudios observacionales</i>
D	<i>Opinión de expertos del panel</i>

Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines. Clinical Guidelines in rehabilitation 2006

Nivel de Evidencia	Definición
I	Evidencia de revisión sistemática de ECCA o múltiples ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA) o
II	Evidencia de un solo ECCA
III	Evidencia de estudios de cohorte no aleatorizados con controles históricos o concurrentes
IV	Evidencia de estudios casos y controles
V	Evidencia de serie de casos
VI	Evidencia basada en opinión de expertos, consenso o miembros del equipo redactor de la guía

Fuerza de la recomendación

Grado	Definición
A	Fuerte recomendación para los pacientes, se basan en evidencia de alta calidad I o II (A)
B	Existe duda sobre la ejecución de la recomendación en todos los paciente, las recomendaciones deben evaluarse cuidadosamente
C	Existe incertidumbre sobre las ventajas y desventajas de la recomendación. No hay conclusiones debido a la ausencia de ECCA o la existencia de resultados contrastantes en los estudios

Documento del grupo Australiano para el estudio de manejo del dolor músculo esquelético

Preguntas	Tipo de estudio	Nivel de evidencia
Intervenciones	Revisión sistemática	I
	Estudios clínicos aleatorizados	II
	Estudios de cohorte	III-2
	Estudio de casos y controles	III-2
Evaluación Diagnóstica	Revisiones sistemática	*I
	Estudios cruzados	*III-3
	Serie de casos	*IV
Prevención y pronostico	Revisiones sistemática	*I
	Estudios	*III-2

Note: \* Estos niveles de evidencia han sido desarrollados para estudios de intervención. Adaptado de National Health and Medical Research Council (2000). How to Review the Evidence: Systematic Identification and Review of the Scientific Literature. Canberra: NHMRC. Management of Acute Musculoskeletal Pain, Australia, 2006

Niveles de evidencia

Nivel de evidencia	Diseño de estudios
I	Evidencia obtenida de revisiones sistemáticas o de estudios clínicos aleatorizados
II	Evidencia obtenida de estudios clínicos no aleatorizados
III-1	Evidencia obtenida de estudios pseudo aleatorizados o diseño alternativo
III-2	Evidencia obtenida estudios de revisiones sistemáticas con menor calidad de caso y controles, serie de reportes o de cohortes
III-3	Evidencia obtenida de estudios comparativos, con controles históricos, de casos y controles comparativos
IV	Evidencia obtenida de serie de casos pre y post evaluación
Consensos	En la falta de pruebas científicas y donde la comisión directiva, el comité de dirección y grupos de evaluación están en el acuerdo, el período "Consenso" ha sido aplicado.

Note: Adaptado de National Health and Medical Research Council (1999). A Guide to the Development, Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines. Canberra: NHMRC.

### 6.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

**CUADRO I. ELEMENTOS ESENCIALES DEL INTERROGATORIO Y DEL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE CON SÍNDROME DOLOROSO LUMBAR**

<i>Interrogatorio</i>
<i>Inicio del dolor</i>
<i>Localización del dolor</i>
<i>Tipo y características del dolor</i>
<i>Factores que lo aumentan y disminuyen</i>
<i>Traumatismos previos en región dorsolumbar</i>
<i>Factores psicosociales de estrés en el hogar o el trabajo</i>
<i>Factores ergonómicos, movimientos repetidos y sobrecarga</i>
<i>¿Es el primer cuadro doloroso?</i>
<i>Presencia de signos de alarma (ver cuadro II)</i>
<i>Examen físico</i>
<i>Apariencia exterior: postura del paciente, fascies, conducta dolorosa</i>
<i>Exploración física dirigida a los aspectos obtenidos en el</i>
<i>Interrogatorio</i>
<i>Marcha</i>
<i>Postura</i>
<i>Examen de columna</i>
<i>Movilidad y arcos dolorosos</i>
<i>Evaluación neurológica</i>
<i>Elevación de la pierna en extensión (Lasseque)</i>

**CUADRO II. CARACTERÍSTICAS DE DOLOR BAJO DE ESPALDA MECÁNICO VS. INFLAMATORIO**

Datos	Dolor Inflamatorio	<i>Dolor Mecánico</i>
Edad de inicio	< 40 años	<i>Cualquier edad</i>
Tipo de inicio	Insidioso	<i>Agudo</i>
Duración de los síntomas	> 3 meses	<i>&lt; 4 semanas</i>
Rigidez diurna	> 60 minutos	<i>&lt; 30 minuto</i>
Dolor nocturno	Frecuente	<i>No hay</i>
Efecto del ejercicio	Mejora	<i>Exacerbado</i>
Hipersensibilidad en articulación sacroiliaca	Frecuente	<i>No hay</i>
Movilidad de la espalda	Pérdida en todos los planos	<i>Flexión anormal</i>
Expansión torácica	Con frecuencia disminuida	<i>Normal</i>
Déficit neurológico	Raro	<i>Posible</i>

**CUADRO III. SIGNOS DE ALARMA**

Proceso	<i>Característica o factor de riesgo</i>
Cáncer	<i>Antecedente de cáncer Edad superior a 50 años Pérdida de peso inexplicable Solicitud de consulta por el mismo motivo en el mes anterior Dolor de más de un mes de evolución</i>
Infección	<i>Fiebre por más de 48 horas Presencia de factor de riesgo para infección (ej. inmunosupresión, infección cutánea, infección tracto urinario, sonda urinaria)</i>
Fractura	<i>Traumatismo grave Traumatismo menor, en mayores de 50 años, osteoporosis o toma de corticoides</i>
Aneurisma de aorta	<i>Dolor no influido por movimientos, posturas o esfuerzos Existencia de factores de riesgo cardiovascular Antecedentes de enfermedad vascular</i>
Artropatías Inflamatorias	<i>Edad inferior a 40 años Dolor que no mejora con el reposo Disminución de la movilidad lateral</i>
Síndrome cauda Equina compresión radicular grave	<i>Retención de orina Anestesia en silla de montar Déficit motor progresivo</i>

**CUADRO IV. FACTORES DE RIESGO PARA LUMBALGIA CRÓNICA**

Factores Clínicos: Episodios previos de lumbalgia Historia Psiquiátrica Consumo de alcohol, tabaco y drogas
Dolor recurrente: Períodos de dolor severo Umbral alto de dolor “Historia de incapacidad laboral frecuente”
Factores Comórbidos: Historia de depresión familiar Divorcio Múltiples parejas Estatus socioeconómico bajo Disfunción familiar

**CUADRO V. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LUMBALGIA**

Causas sistémicas	Dolor axial bajo	Dolor bajo irradiado
Aneurisma aórtico	Causas locales:	Causas:
Arteriosclerosis aórtica	Tumor	Hernia de disco
Pielonefritis	Infección discal	Canal estrecho
Litiasis renal	Abscesos epidurales	Aracnoiditis
Tumores	Fracturas	
Endocarditis bacteriana subaguda		Patología local con dolor irradiado:
Desordenes metabólicos: Porfiria Enfermedad de células peludas Osteodistrofia renal	Otras Causas: Osteoporosis con fractura Espondilolistesis: Congênita, istmica, degenerativa, traumática, relacionada a tumor	Osteoartrosis de cadera Necrosis aséptica de cabeza femoral Compresión de nervio ciático y conducto lumbar estrecho o estenosis espinal
Espondiloartropatía seronegativa: Espondilitis anquilosante Síndrome de Reiter Artritis con colitis ulcerativa Artritis Psoriasica	Istmica Degenerativa Traumática Relacionada a tumor Disfunción articulación sacro-	Irradiación cíclica Endometriosis sobre plexo sacro Masas intrapélvicas
Otras artritis: Idiopática difusa Hiperostosis Epifisitis de Scheuermann Artritis reumatoide de origen desconocido	Iliaca y artritis. Síndrome facetario y artritis Disrupción discal Síndrome de cirugía fallida	
Enfermedades de la colágena: Síndrome de Marfan Síndrome de Ehlers-Danlos		
Miopat		
Radiculopatía inflamatoria		

**CUADRO VI. EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA**

Localización de la alteración	Músculo afectado	Nivel espinal	Reflejos	Nivel espinal
Pie	Flexor plantar Flexor Dorsal	S-1 L-5	Aquileo Pedio	S-1 L-5
Tobillo	Flexor plantar Flexor Dorsal	S-1a L4-L5	Babinski	Prueba para neurona motora superior
Rodilla	Extensor Flexor	L3-L4 L5-S1	Patelar Isquiotibiales	L4 L5
Cadera	Flexor Abductor Rotador interno Aductor	L2-L3 L5-S1 L5-S1b L3-L4		

**CUADRO VII. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LUMBALGIA CRÓNICA**

No farmacológico	Farmacológico
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reposo en patología mecánico-traumática</li> <li>-Ejercicio específico en caso de enfermedades inflamatorias ( Ejercicios de Williams)</li> <li>-Incapacidad laboral para el trabajo en agudización</li> <li>-Higiene Postural</li> <li>-Reevaluar factores de riesgo</li> <li>-Valorar evolución cada semana</li> <li>--Envío a Medicina Física y Rehabilitación</li> <li>- Valoración por Psicología y/o Psiquiatría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paracetamol + dextropropoxifeno</li> <li>-Tramadol</li> <li>- AINES</li> <li>- Relajantes musculares</li> <li>- Antidepresivos</li> </ul>

**CUADRO VIII. INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON LUMBALGIA**

<i>La lumbalgia en un proceso benigno que cursa con dolor en la región lumbar y que tiene una buena evolución.</i>
<i>Durante el episodio de dolor:</i>
<i>Evite el reposo en cama.</i>
<i>Mantenga el mayor grado de actividad física diaria posible que le permita su dolor.</i>
<i>Utilice analgésicos (paracetamol) para disminuir el dolor y permanecer activo.</i>
<i>Es importante que conozca que los episodios de dolor se pueden repetir. Algunas medidas pueden ser beneficiosas:</i>
<i>Adquiera hábitos saludables en la realización de sus tareas habituales (planchar, escribir, cargar objetos,</i>
<i>Haga ejercicio de manera regular.</i>
<i>Evite movimientos repetitivos y posturas prolongadas</i>

Cuadro IX. Medidas preventivas del dolor lumbar

<i>1.- Condiciones inseguras</i>
<i>Realizar cargas de peso en forma repetida o en posiciones forzadas</i>
<i>Levantar en forma repetida objetos desde el suelo</i>
<i>Levantar objetos con movimientos de flexión y torsión</i>
<i>Sedestación y conducción de vehículos en forma prolongada</i>
<i>Bipedestación prolongada</i>
<i>Flexiones anteriores estáticas</i>
<i>Acciones repetitivas de alcance con el brazo</i>
<i>Exposición a vibraciones</i>

Cuadro X. Recomendaciones de reincorporación laboral para pacientes con dolor lumbar agudo

<i>Reincorporación laboral sin modificaciones laborales con:</i>				
<i>Nivel de actividad</i>	<i>Dolor lumbar moderado</i>	<i>Dolor lumbar severo</i>	<i>Ciática</i>	<i>Modificaciones típicas</i>
<i>Trabajo ligero (por ejemplo: principalmente sentado, ocasionalmente levantarse y estar de pie, levantar y cargar hasta 9 Kg.)</i>	<i>0 días</i>	<i>0 a 3 días</i>	<i>2 a 5 días</i>	<i>No levantar mas de 2.25 Kg. tres veces por hora No permanecer sentado, de pie o caminando sin una pausa de 5 minutos cada 30 minutos</i>
<i>Trabajo moderado ( por ejemplo: mismo tiempo de estar de pie, sentado y caminar, ocasionalmente flexionarse, girar o agacharse, levantar y cargar hasta 22. 5 kg.)</i>	<i>-</i>	<i>14 a 17 días</i>	<i>21 días</i>	
<i>Trabajo pesado (por ejemplo; levantarse y caminar en forma constante; flexionarse, girar o agacharse frecuentemente; levantar y cargar hasta 45 Kg.)</i>	<i>De 7 a 10 días</i>	<i>35 días</i>	<i>35 días</i>	<i>No levantar mas de 11.25 Kg. quince veces por hora, No permanecer sentado, de pie o caminando sin una pausa de 10 minutos cada hora. Conducir automóvil o camioneta hasta 6 horas por día; manejar vehículos o equipo pesado por mas de 4 hrs. por día</i>

*Nota: Los tiempos para la re incorporación laboral completa pueden variar de acuerdo a la severidad y tipo de trabajo, y son típicos para edades de 35 a 55 años. Los tiempos para trabajadores más jóvenes son aproximadamente 20 a 30 por ciento más cortos.*

*Fuente: Denniston PL. ed Oficial Disability Guidelines. 11th ed. Encinitas, Calif. Work Loss Data Institute, 2005*

Figura 1. Ejercicios de flexión (ejercicios de Williams) para el tratamiento del síndrome doloroso lumbar

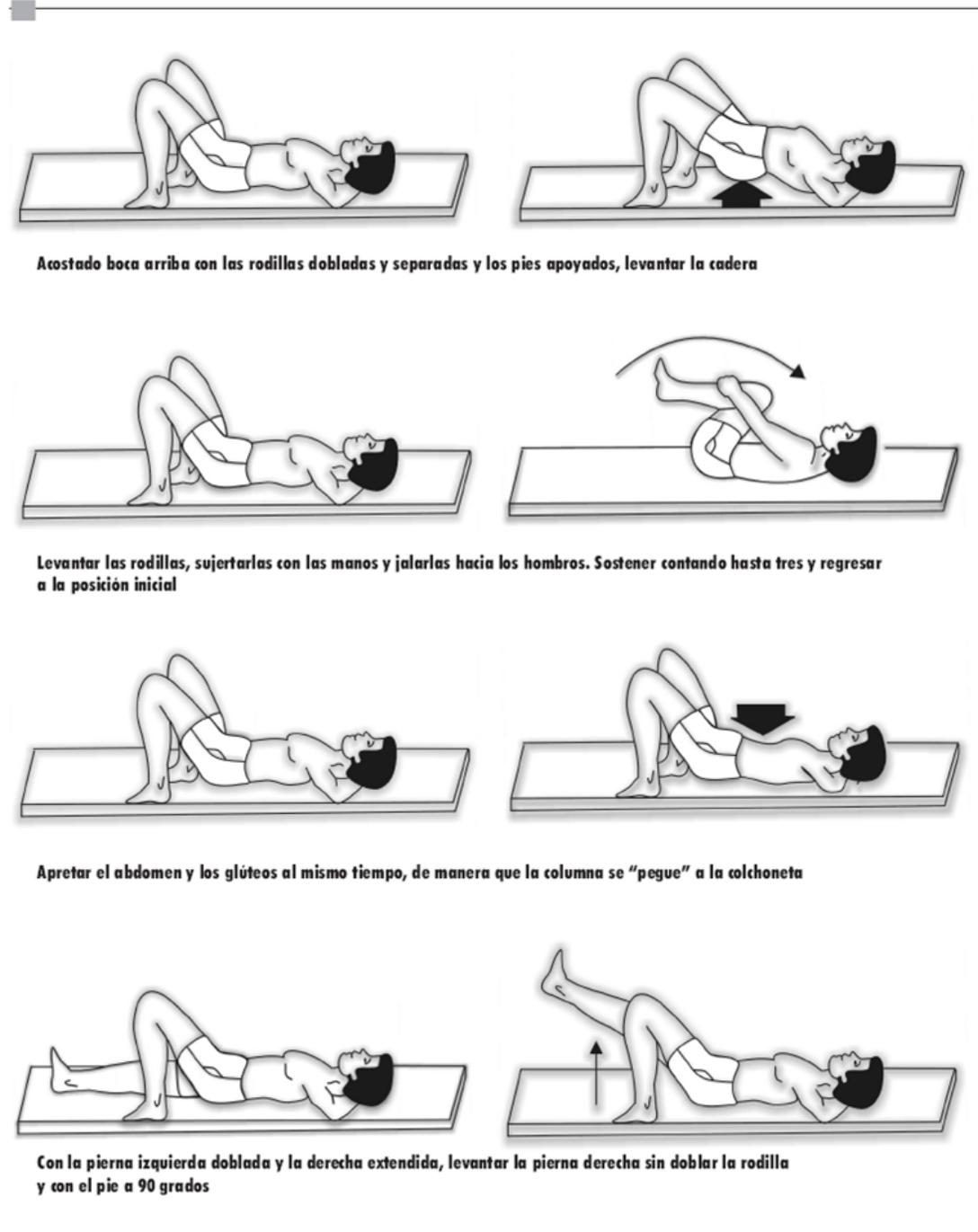
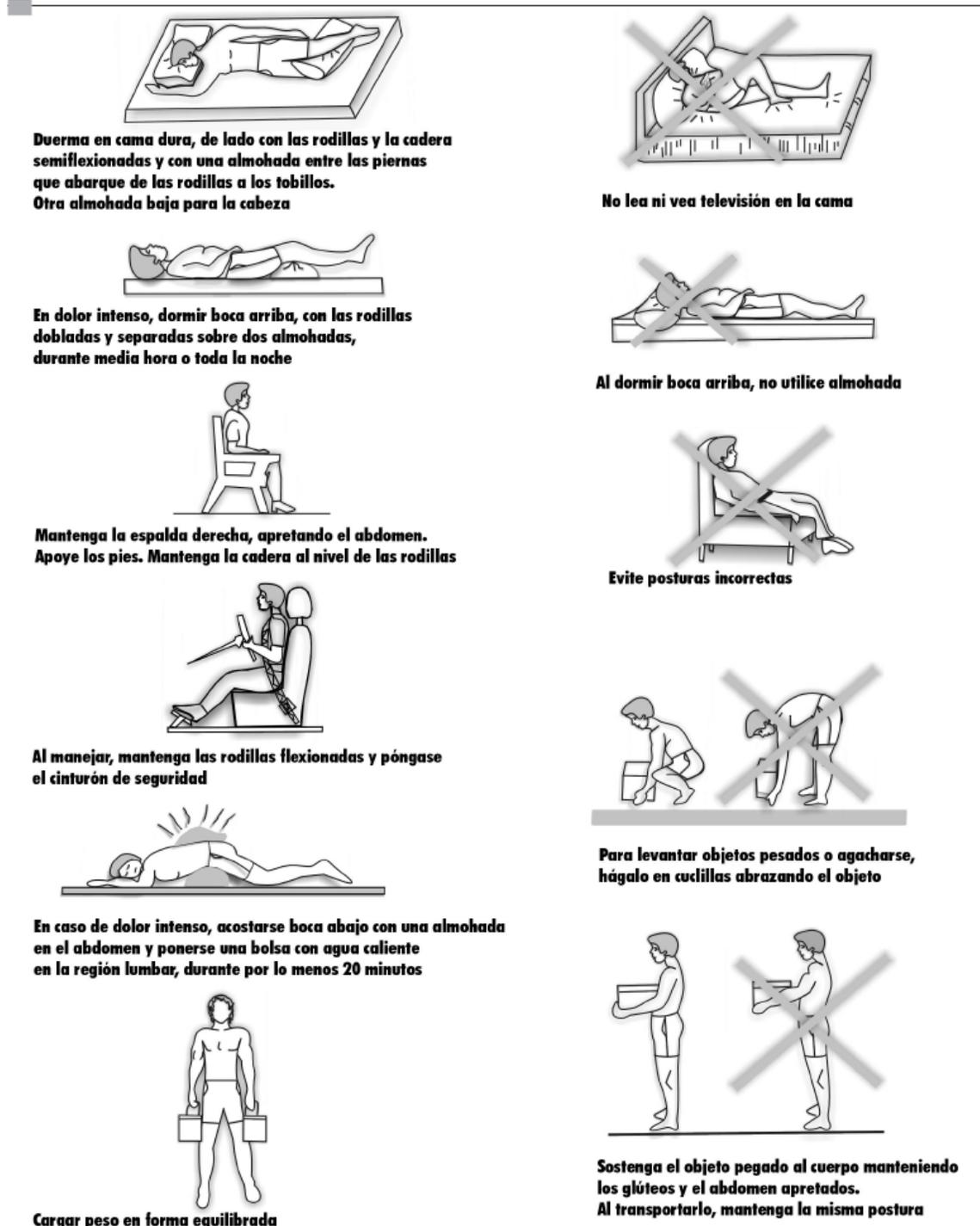


Figura 2. Higiene postural de columna lumbar



Nota: Las figuras fueron realizadas por el Profesor. Berzain Paz Rodríguez

## 6.4. MEDICAMENTOS

### CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE LUMBALGIA.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO (PERÍODO DE USO)	INTERACCIONES
<b>ANALGÉSICOS</b>				
PARACETAMOL	500-1GR. c/ 6 HORAS	TABLETAS	14 DÍAS	ALCOHOL, ANTICONVULSIVANTES, ÁCIDO ACETILSALICILICO, ISONIAZIDA, ANTICOAGULANTES ORALES, FENOTIAZIDAS
<b>ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>				
DICLOFENACO	100 MG c/12 HRS	TABLETAS	14 DÍAS	KETOROLACO, ÁCIDO ACETILSALICILICO, METROTEXATE, ANTICOAGULANTES ORALES Y CICLOSPORINA
NAPROXENO	250-500 MG c/12 HRS	TABLETAS	14 DÍAS	
SULINDACO	200 MG c/12 HRS	TABLETAS	14 DÍAS	
<b>ANALGESICOS OPIOIDES</b>				
DEXTROPROPOXIFENO	65 MG c/8 HRS	CÁPSULAS	7 DÍAS	AUMENTAN SUS EFECTOS DEPRESIVOS CON ALCOHOL Y CON LOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS.
TRAMADOL	50-100 MG c/8 HRS	CÁPSULA		TRÍCLICOS, INHIBIDORES DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA, ANTIPSICÓTICOS, CARBAMAZEPINA, WARFARINA
<b>RELAJANTE MUSCULAR BENZODIAZEPINICOS</b>				
DIAZEPAM	5-10 MG c/24 HRS	COMPRESIDOS	7 DÍAS	SEDACIÓN, MAREO, TEMBLOR, UTILIZAR EL MENOR TIEMPO POSIBLE. POSIBILIDAD DE DESARROLLO Y DEPENDENCIA
CLONAZEPAM	2 MG c/24 HRS	COMPRESIDO	7 DÍAS	
<b>NO BENZODIAZEÍNICOS</b>				
METOCARBAMOL	500 MG-1 GR c/ 6 HRS	COMPRESIDOS	10 DÍAS	PUEDEN PRODUCIR SOMNOLENCIA
<b>ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS</b>				
AMITRIPTILINA	50-150 MG DÍA	CÁPSULAS	4 SEMANAS	ESTREÑIMIENTO, RETENCIÓN URINARIA, SEQUEZAD DE BOCA, VISIÓN BORROSA, SOMNOLENCIA, SEDACIÓN, DEBILIDAD, CEFALEA, HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA.
IMIPRAMINA	75-150 MG DÍA	GRAGEAS	4 SEMANAS	ESTREÑIMIENTO, RETENCIÓN URINARIA, SEQUEZAD DE BOCA, VISIÓN BORROSA, SOMNOLENCIA, MENOS EFECTO SEDANTE, DEBILIDAD, CEFALEA, HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Adult Low Back Pain. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. September 2006
2. Clinical Guidelines in Rehabilitation. Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines. *EURO Medicophys*. 2006;42:151-170
3. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Thomas Cross T, Shekelle P, Owens D. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Annals of Internal Medicine*. 2007;147 (7): 478-491
4. División Técnica de Información Estadística en Salud (DTIES). Motivos de Demanda de Consulta Externa. Unidad de Investigación, Educación y Políticas de Salud. División de Prestaciones Médicas, IMSS 2007
5. European Guidelines For Prevention In Low Back Pain November 2004.
6. European Guidelines For The Management Of Chronic Non-Specific Low Back Pain. November 2004
7. Evidence- Based Management of Acute Musculoskeletal Pain. Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group. Australia, 2003
8. Evidence-Based Best Practice Guideline: New Zealand Acute Low Back Pain Guide. 2003 New Zealand Guidelines Group (NZGC)
9. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-2425
10. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 1996;107:377-382.
11. Guía De Práctica Clínica Sobre Lumbalgia Osakidetza. GPC. España 2007
12. Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia. Dolor Lumbar. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Colombia, 2006
13. Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia. Rehabilitación en dolor de espalda. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Colombia, 2006
14. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. *JAMA* 1993; 270 (17); 2096-2097
15. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006] Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
16. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Adult Low Back Pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2003 Dec.

17. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995;105:740-743
18. López R, Oviedo M, Guzmán G, Ayala G, Ricardez S, Burillo B y cols. Guía clínica para la atención del síndrome doloroso lumbar. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (Supl): S123-S130
19. Lumbalgia Inespecífica. Guía de Práctica Clínica. Resumen de las Recomendaciones de la Versión Española de la Guía de Práctica Clínica del Programa Europeo COST B13. España Diciembre 2005.
20. Primary Care Interventions to Prevent Low Back Pain in Adults: Recommendation Statement. U.S. Preventive Services Task Force. *American Family Physician*. 2005;71(12):2337-2338
21. Primary Care Management Guidelines. Low Back Pain. New Zealand Guidelines Group. August 2004.
22. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72.
23. Salinas D, Uribe U, García N, Osorio C. Rehabilitación en dolor de espalda. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Colombia, 2006
24. Scott K. Evaluation and Treatment of Acute Low Back Pain. *American Family Physician*. 2007; 75 (8): 1181-1188
25. Tratamiento de Lumbalgia Aguda. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia Para la Construcción de Guías de Práctica Clínica. Costa Rica. Agosto 2005.
26. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Primary care interventions to prevent low back pain in adults: recommendation statement. Rockville (MD): Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ); 2004 Feb
27. University of Michigan Health System. Acute low back pain. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2003 Apr.
28. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2006;15::S169-S91
29. Veterans Health Administration, Department Of Defense. Clinical Practice Guideline for the Management of Low back Pain or sciatica in the primary care setting. Washington (DC): Department of veterans Affairs (US); 1999 May

## 8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

### Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HE MN La Raza)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO MN S. XXI)

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE  
División de Excelencia Clínica  
Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS**

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Jefe de Área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

## 10. DIRECTORIO

### DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

#### **Secretaría de Salud**

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
**Secretario de Salud**

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh  
**Director General**

#### **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares  
**Director General**

#### **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin  
**Titular del organismo SNDIF**

#### **Petróleos Mexicanos / PEMEX**

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza  
**Director General**

#### **Secretaría de Marina**

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza  
**Secretario de Marina**

#### **Secretaría de la Defensa Nacional**

General Guillermo Galván Galván  
**Secretario de la Defensa Nacional**

#### **Consejo de Salubridad General**

Dr. Enrique Ruelas Barajas  
**Secretario del Consejo de Salubridad General**

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. Santiago Echevarría Zuno  
**Director de Prestaciones Médicas**

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno  
**Titular de la Unidad de Atención Médica**

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández  
**Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad**

Dra. Leticia Aguilar Sánchez  
**Coordinadora de Áreas Médicas**

## 11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <b>Subsecretaría de Innovación y Calidad</b>	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin <b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos <b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo <b>Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante <b>Secretaría de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata <b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola <b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Dr. Jorge Elías Dib <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC</b>	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Secretario Técnico