GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

LUMBALGIA INESPECÍFICA

Resumen de las recomendaciones de la versión española de la Guía de Práctica Clínica del Programa Europeo COST B13

EUROPEAN COMMISSION
DIRECTORATE GENERAL RESEARCH
Political Co-ordination and Strategy
COST
COST B13 “Low back pain: Guidelines for its management”

FUNDACION KOVACS

El copyright de esta Guía de Práctica Clínica y todos sus formatos pertenece a las entidades que han financiado la labor del Grupo que la ha desarrollado, aunque puede ser utilizada libremente en el ámbito clínico. El apartado 2.3 de la versión “Resumen de las recomendaciones y su fundamento” define la sistemática establecida para elaborar versiones adaptadas a ámbitos concretos a partir de ella. Esa versión está disponible libre y gratuitamente en la siguiente dirección de Internet: www.REIDE.org .

Este documento debe ser citado del siguiente modo: Grupo Español de Trabajo del Programa Europeo COST B13. Resumen de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para la lumbalgia inespecífica. URL:www.REIDE.org, visitada el 14 de diciembre de 2005.

Esta Guía se adhiere a los principios descritos en el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe, www.agreecollaboration.org), que son estándares europeos para la elaboración y difusión de Guías de Práctica Clínica.

Este documento resume una Guía de Práctica Clínica. Es de carácter científico y técnico y está destinado a profesionales sanitarios, y no al público general. Todas las personas y entidades que han participado directamente o en su desarrollo, así como aquellas que la respaldan o recomiendan, declinan toda responsabilidad sobre las consecuencias que puedan derivarse de su mal uso o de las erróneas interpretaciones de su significado que puedan hacer personas que carezcan de la cualificación precisa.

Realizada por: Fundación Kovacs
Depósito Legal: M-49782-2005

A 1 de Diciembre de 2005 esta Guía ya ha sido adoptada por:

Sociedad Española de Medicina General

Sociedad Española de Medicina Rural y General

Sociedad Española de Radiología

Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo

Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas

Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés

Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda

Red temática de Medicina Basada en la Evidencia

Centro Cochrane Iberoamericano

A 1 de Diciembre de 2005 su uso ya es recomendado por:

Confederación Estatal de Sindicatos Médicos

UNIÓN DE CONSUMIDORES DE ESPAÑA

Esta Guía de Práctica Clínica ha sido financiada por:

EUROPEAN COMMISSION
DIRECTORATE GENERAL RESEARCH
Political Co-ordination and Strategy
COST
COST B13 "Low back pain: Guidelines for its management"

La relación de autores de esta Guía se detalla en la página 5

Las distintas versiones y formatos de esa Guía, incluyendo la versión original de ámbito europeo, la versión española y esta adaptación de la misma, pueden descargarse gratuitamente desde la Web de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (**www.REIDE.org**).

El contenido de este documento es el siguiente:

Autores y revisores

I. Resumen del proceso diagnóstico recomendado
II. Resumen de los tratamientos recomendados
III. Tecnologías no recomendadas para el tratamiento de la lumbalgia
IV. Prevención de la aparición o recurrencia de la lumbalgia
V. Algoritmo de manejo de la lumbalgia

AUTORES Y REVISORES

Para conformar el Grupo de Trabajo Español, los representantes de España en el Comité de Gestión del Programa Europeo COST B13 se dirigieron a las entidades profesionales y científicas que entendieron:

a) Representaban a profesionales implicados en la prevención, diagnóstico o tratamiento de la lumbalgia inespecífica (como médicos de diversas especialidades, fisioterapeutas, psicólogos, etc.), y/o
b) Eran de carácter científico y estaban especializadas en campos relevantes para el desarrollo de una Guía de práctica clínica sobre esa afección (como entidades especializadas en el ámbito de las dolencias de la espalda, el análisis crítico de la evidencia científica o el desarrollo de Guías de Práctica Clínica –Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda, Centro Cochrane, Red Española de Medicina Basada en la Evidencia, etc.).

Todas las entidades invitadas a participar en el desarrollo de esta Guía han designando a sus representantes en el Grupo de Trabajo correspondiente. Sin embargo, es posible que existan otras entidades, interesadas en ese objetivo y que cumplan esos criterios, que hayan pasado desapercibidas a los miembros del Grupo y por tanto no hayan sido invitadas. Si así fuera, el Grupo desearía que participaran en el desarrollo de las futuras actualizaciones de esta Guía, y les invita a manifestar su eventual interés por hacerlo a los representantes de España en el Comité de Gestión del Programa COST B13.

El Grupo se conformó con los representantes y expertos designados por las siguientes Sociedades Científicas y entidades:

- Representantes de España en el Comité de Gestión del Programa Europeo COST B13, D. Francisco Kovacs y Dña.MªTeresa Gil del Real.

- La Sociedad Española de Medicina General (SEMG), D. Juan Antonio Trigueros
- La Sociedad Española de Medicina Rural y General (SEMERGEN), D. Mateo Seguí.
- La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), D. José Miguel Bueno y D. Juan José Antón.
- La Sociedad Española de Reumatología (SER), D. José Luis Peña.
- La Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación (SERMEF), D.Andrés Peña, hasta el 12 de septiembre de 2005.
- La Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC), D. Alberto Isla.
- La Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT), D.Pedro Berjano (que al abandonar España dimitió del Grupo y no fue sustituido),
- La Sociedad Española de Radiología (SERAM), Dña. Nieves Gómez León,
- La Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), D. Javier Sánz González y D. Jesús González Sánchez de la Nieta,
- La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), cuyo experto delegado en el Grupo de Trabajo es D. Pablo Lázaro
- La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y Estrés (SEAS), Dña.Jenny Moix.
- El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas, D. Javier Sáinz de Murieta,
- La Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (REIDE), Dña.Carmen Fernández
- La Red de Medicina Basada en la Evidencia, D. Alberto Romero y D. Ignacio Marín,
- El Centro Cochrane Iberoamericano, D. Gerard Urrutia y D. Pablo Alonso.
- El Grupo de Estudio de las Enfermedades del Raquis (GEER), D. Ferrán Pellisé.

- El Dr. D. Enrique Latorre, especialista en anestesiología y experto en Unidades del Dolor.

Además, han actuado como revisores externos de la Guía, analizando su contenido y fundamento, aportando propuestas para mejorar la calidad del documento final y aprobando sus recomendaciones, los siguientes expertos:

- El Prof. Dr. D. Pedro Guillén, traumatólogo, Profesor de la Universidad Complutense de Madrid y Catedrático de Traumatología del Deporte de la Universidad Católica San Antonio de Murcia.

- El Prof. Dr. D. Gustavo Zanoli, traumatólogo, Profesor de las Universidades de Ferrara (Italia) y Lund (Suecia), miembro del GLOBE (grupo italiano de trabajo de orteopedia basada en la evidencia científica) y editor quirúrgico del Grupo Cochrane de enfermedades músculoesqueléticas, que también fue representante de Italia en el Comité de Gestión del Programa Europeo COST B13 y miembro de su Grupo de Trabajo de lumbalgia crónica, responsabilizándose de la coordinación del capítulo de cirugía.

- El Dr. D. José Gerardo Martín Rodríguez, neurocirujano, Secretario General de la Federación Mundial de Neurocirugía.

- La Dra. Dña. Violeta González-Urcelai, médico de atención primaria y autora del primer estudio sobre la variabilidad de la práctica clínica referida a la lumbalgia que se realizó en España.

- El Dr. D. José Molina Cabildo, médico de atención primaria y especialista en medicina del trabajo, director médico asistencial de La Fraternidad.

- El Dr. D. Demetrio Saucedo, médico de atención primaria y de emergencias.

I. RESUMEN DEL PROCESO DIAGNÓSTICO RECOMENDADO

1. En función de la existencia o no de "señales de alerta", se recomienda clasificar al paciente en uno de estos tres grupos;

a) posible enfermedad sistémica (infección, cáncer, osteoporosis, etc.),
b) compresión radicular que requiere valoración quirúrgica, o
c) lumbalgia inespecífica.

- Las señales de alerta son:
  - Para enfermedad sistémica: Dolor que aparece por primera vez <20 ó >55 años, dolor no influido por posturas, movimientos y esfuerzos, dolor exclusivamente dorsal, déficit neurológico difuso, imposibilidad persistente de flexionar 5º la columna vertebral, deformación estructural (de aparición reciente), mal estado general, pérdida de peso, fiebre, antecedentes de traumatismo reciente, cáncer o uso de corticoides (osteoporosis) o drogas por vía parenteral, inmunodepresión o SIDA.

  - Para derivación a cirugía:

    a) Para derivación inmediata y urgente: Paresia relevante, progresiva o bilateral, pérdida de control de esfínteres de origen neurológico, anestesia en silla de montar (posible síndrome de la cola de caballo).

    b) Para derivación para valoración quirúrgica: Dolor radicular (no lumbar):
       - Cuya intensidad sigue siendo intolerable pese a la aplicación durante 6 o más semanas de todos los tratamientos no quirúrgicos recomendados (posible hernia discal con criterios quirúrgicos).

- Que aparece sólo a la deambulación y la limita, requiere flexión o sedestación para desaparecer, persiste pese a 6 meses de tratamiento conservador y se acompaña de imágenes de estenosis espinal (posible estenosis espinal sintomática).

- Si existe alguna señal de alerta, valore prescribir las pruebas complementarias oportunas (radiografía simple, TAC, RM, gammagrafía o SPECT). Si sospecha compresión radicular, discitis o cáncer, la RM es la mejor opción.

- Si no hay ninguna señal de alerta, puede asumir que el paciente tiene una lumbalgia inespecífica. En ese caso se recomienda tratar directamente al paciente con acuerdo a las recomendaciones de esta Guía, sin pedir antes pruebas complementarias.

- La existencia de imágenes de degeneración discal, escoliosis, espondilosis, espondilolistesis y/o "inestabilidad vertebral", es compatible con el diagnóstico de lumbalgia inespecífica (se observan con frecuencia en sujetos sanos y asintomáticos). Su existencia no cambia el tratamiento.

2.Se recomienda evaluar la evolución del paciente en unas (2-6) semanas. Si en ese período el paciente no ha mejorado, se recomienda:

- Volver a evaluar la existencia de señales de alerta

- Evaluar si el paciente presenta signos de mal pronóstico funcional:

  - Los signos de mal pronóstico funcional son:
    - Creencias erróneas (como que el dolor de espalda significa la existencia de una lesión grave o se debe a una alteración estructural irreversible, o mayor confianza en los tratamientos pasivos que en las actitudes activas propias),

- § Conductas inadecuadas (conductas de miedo y evitación, reducción del grado de actividad más allá de lo que condiciona estrictamente el dolor),
- § Factores laborales (falta de apoyo en el trabajo, escasa satisfacción por el trabajo, conflictos laborales o litigación),
- § Problemas emocionales (depresión, ansiedad, estrés, tendencia al aislamiento social).

- o Si detecta alguno de esos signos, aplique las tecnologías recomendadas en la fase 4 de tratamiento.

- Valorar la posibilidad de modificar la actitud diagnóstica o de pasar al siguiente escalón terapéutico –de acuerdo con las recomendaciones de esta Guía-.

- Repetir periódicamente este proceso tantas veces como sea preciso.

Para el diagnóstico de la lumbalgia inespecífica, no se recomiendan:

- La electromiografía
- Las pruebas terapéuticas o de provocación (infiltraciones facetarias con anestésicos o la discografía)
- Las pruebas quiroprácticas de movilidad y palpación vertebral

II. RESUMEN DE LOS TRATAMIENTOS RECOMENDADOS

El tratamiento de la lumbalgia inespecífica representa una encrucijada de disciplinas y no es propia de manera exclusiva de ninguna especialidad, por lo que se recomienda que sea muy fluida la colaboración entre los distintos profesionales. Para el tratamiento, se recomienda:

1. Dar información positiva y tranquilizadora al paciente:

   - La lumbalgia inespecífica no se debe a ninguna enfermedad grave subyacente ni a una alteración estructural irreversible que conlleve su persistencia o reaparición. Si no hay signos que indiquen que su resultado va a modificar el tratamiento ("señales de alerta"), las pruebas radiológicas suponen un riesgo inútil y es mejor no realizarlas.
   - A los pacientes con dolor de menos de 2 semanas de duración: La lumbalgia aguda tiene buen pronóstico y en la mayoría de los casos desaparece en unos días o, como máximo, semanas.

2. Recomendar al paciente que evite el reposo en cama y aconsejarle que mantenga el mayor grado de actividad física que le permita el dolor (incluyendo el trabajo, si es posible).

3. Si la intensidad del dolor lo requiere, prescribir fármacos de primera línea. Según su intensidad y resistencia a los fármacos previos, el orden recomendado es;

   a) Paracetamol; entre 650 y 1000 mgs cada 6 horas

   b) Antiinflamatorios no esteroideos pautados (no "a demanda"), mantenidos durante menos de 3 meses.

   c) Antiinflamatorios (pautados) más una tanda de miorrelajantes mantenidos durante menos de 1 semana.

4. Si detecta signos de mal pronóstico funcional se recomienda:
   - Intentar modificarlos hablando con el paciente
   - Aplicar programas educativos breves que estén disponibles en su ámbito y se centren en el manejo activo (y no exclusivamente en la higiene postural): Entregar al paciente un "Manual de la Espalda" (un folleto validado de esas características) o darle una dirección de Internet con información fiable de ese tipo (www.espalda.org).
   - A partir de las 4-6 semanas, valorar pasar a la fase 7 de tratamiento o, si los signos son múltiples y graves y el paciente está en situación laboral potencialmente activa, a la fase 9.

5. Prescribir intervención neurorreflejoterápica (NRT) a los pacientes en los que el dolor persista 14 o más días y tenga una intensidad moderada, intensa o muy intensa (superior a 3 puntos en una escala analógica que va de 0 –ausencia de dolor- a 10 –máximo dolor imaginable-), siempre y cuando exista una Unidad acreditada en su ámbito.

6. Prescribir ejercicio a partir de las 2-6 semanas. No se recomienda prescribirlo antes de que la lumbalgia (o la exacerbación de una lumbalgia crónica) haya alcanzado esa duración, pues en esa fase es ineficaz y puede aumentar el dolor, pero sí a partir de entonces. El momento concreto en el que recomendarlo (entre las 2 y 6 semanas) depende de cada caso. Cualquier tipo de ejercicio físico tiene efecto, y no hay datos para recomendar un tipo o intensidad determinada, por lo que se recomienda prescribirlo teniendo en cuenta las preferencias del paciente.

7. Prescribir "Escuela de la Espalda" a los pacientes a partir de las 4-6 semanas de dolor (especialmente si presentan signos de mal pronóstico funcional), pero sólo si la existente en su ámbito se centra en el fomento del manejo activo (promoción de la actividad física, el mantenimiento o reasunción temprana de la actividad en caso de dolor, etc.). No se recomiendan las "Escuelas de la Espalda" centradas exclusiva o esencialmente en conceptos de higiene postural o ergonomía.

8. Prescribir fármacos de segunda línea: Antidepresivos tricíclicos o cuatricíclicos a dosis analgésicas (esté o no deprimido el paciente). Se recomienda una dosis equivalente a 10-25 mg. de amitriptilina cada 12 horas. No se recomiendan los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, pues carecen de efecto analgésico.

9. Prescribir tratamiento psicológico cognitivo-conductual a:
   - Pacientes con lumbalgia intensa de más de 3 meses de duración si:
     a) Presentan signos psicosociales de mal pronóstico funcional,
     b) Se plantea la cirugía por "lumbalgia debida a degeneración discal" (el tratamiento psicológico y el ejercicio obtienen los mismos resultados con menos riesgo).

   - Pacientes con lumbalgia a partir de las 6 semanas de evolución, pero sólo si existen (múltiples y graves) signos psicosociales de mal pronóstico funcional y el paciente está en una situación laboral potencialmente activa (en esos pacientes, este tratamiento aporta ventajas esencialmente en el retorno al trabajo).

10. Prescribir parches de capsaicina durante 3 semanas a los pacientes con lumbalgia de más de 3 meses de duración, en los que el dolor tenga una intensidad 5 puntos en una escala analógica visual y en los que hayan fracasado los tratamientos previos.

11. Prescribir fármacos de tercera línea: Opiáceos (preferentemente tramadol o compuestos de liberación lenta), en pacientes con exacerbaciones intensas de lumbalgia crónica que no respondan a los tratamientos anteriores. Se recomienda que los opiáceos sean manejados por médicos habituados a usarlos.

12. Prescribir programas rehabilitadores multidisciplinarios (que incluyan medicación propia de Unidades del Dolor, programas educativos, ejercicio y tratamiento psicológico, y sean aplicados de manera coordinada por como mínimo un médico, un psicólogo y un fisioterapeuta) a los pacientes con lumbalgia de más de 3 meses

de evolución y en situación laboral potencialmente activa, en los que hayan fracasado todos los tratamientos monodisciplinarios previos y, a causa de su lumbalgia, estén gravemente afectados en su salud física y psicológica, en su capacidad laboral y en su calidad de vida.

13. Prescribir neuroestimulación percutánea (PENS) como última opción de tratamiento conservador, si en la Unidad del Dolor de referencia existe personal específicamente entrenado en su realización.

14. No se recomienda prescribir cirugía por lumbalgia inespecífica, salvo que se den todos estos criterios:

    - El dolor sea intenso e invalidante,
    - Haya persistido durante como mínimo 2 años pese a la aplicación de todos los demás tratamientos recomendados,
    - La fusión vertebral se plantee preferiblemente en un máximo de 2 segmentos,
    - No estén disponibles en el área geográfica tratamientos cognitivo conductuales con ejercicio (obtienen resultados similares con menor riesgo).
    - Se plantee exclusivamente la artrodesis (preferiblemente no instrumentada) y no otros procedimientos (ozonoterapia, núcleo o anuloplastia, IDET, nucleotomía percutánea, etc.).

III. TECNOLOGÍAS NO RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA

Los datos actualmente disponibles no permiten recomendar las siguientes tecnologías:

Fármacos: Corticoides, gabapentina, AINEs tópicos, antidepresivos que actúen por inhibición selectiva de la recaptación de serotonina, fármacos anti-TNF (factor de necrosis tumoral).

Electroterapia: Corrientes interferenciales, láser, onda corta, ultrasonido, termoterapia (calor), TENS (estimulación eléctrica transcutánea).

Procedimientos físicos: Tracción, masaje, corsés y fajas lumbares, manipulaciones vertebrales, acupuntura, reposo en cama (que está específicamente desaconsejado).

Infiltraciones: Infiltraciones facetarias, intradiscales, sacrilíacas o en puntos gatillos. Infiltraciones esclerosantes (proloterapia) o de toxina botulínica. Ozonoterapia. Bloqueos nerviosos con corticoides e infiltraciones epidurales de corticoides (estas últimas, recomendables en caso de dolor radicular por hernia discal, pero no en casos de lumbalgia inespecífica).

Procedimientos de estimulación y denervación: Rizolisis por radiofrecuencia, electrotermocoagulación intradiscal (IDET), termocoagulación intradiscal por radiofrecuencia (PIRF o IRFT), lesión del ganglio dorsal por radiofrecuencia, neuroestimulación medular.

Cirugía: La cirugía no se recomienda para el tratamiento de la lumbalgia inespecífica (que excluye los casos de hernia discal o estenosis espinal sintomáticas con criterios quirúrgicos –ver “proceso diagnóstico”-). En casos de lumbalgia inespecífica sólo se puede plantear la artrodesis (preferiblemente no instrumentada) en unos casos muy específicos en los que deben concurrir todos los criterios establecidos al efecto. En ningún caso se debe plantear la cirugía como “última opción” si no se dan todos esos criterios. Incluso en esos pacientes, la cirugía no puede recomendarse en ámbitos en los que estén disponible tratamientos cognitivos-conductuales con ejercicio.

IV. PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN O RECURRENCIA DE LA LUMBALGIA

Con ese fin se recomienda:

1. Prescribir ejercicio físico. Cualquier tipo de ejercicio físico tiene efecto preventivo, y no hay datos para recomendar tipos (o intensidades) concretas.

2. Explicar al paciente (o entregarle un folleto consistente –el "Manual de la Espalda"-, o remitirlo a fuentes de información concordantes en Internet –www.espalda.org-) que la lumbalgia tiene buen pronóstico, y que si aparece es necesario evitar el reposo en cama y mantener el mayor grado de actividad que el dolor permita. No se recomienda centrarse en conceptos biomecánicos o de higiene postural.

3. En caso de episodios recurrentes o persistentes, valorar la recomendación de programas mixtos de aprendizaje de conceptos de higiene postural (en el trabajo) y ejercicio, pero no Escuelas de la Espalda centradas exclusiva o principalmente en aspectos de higiene postural.

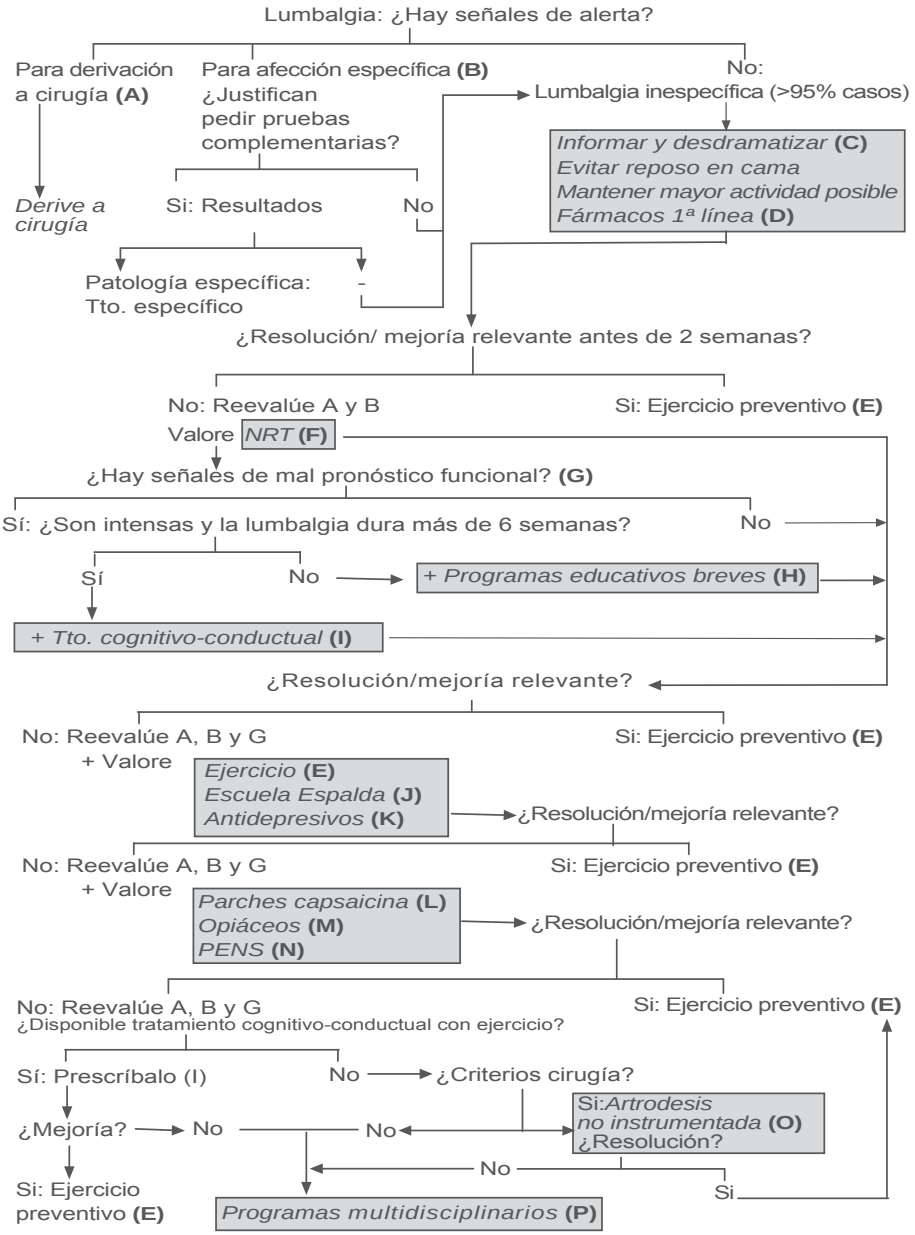
4. No hay fundamento científico para recomendar, con el fin de prevenir la lumbalgia, la manipulación vertebral, el uso de suelas, plantillas o alzas (en casos de heterometría de los miembros inferiores), ni el uso de cinturones (o fajas) lumbares. Tampoco hay evidencia científica suficiente para recomendar ningún tipo de silla o colchón con fines preventivos, aunque los síntomas persistentes mejoran más con un colchón de firmeza intermedia que con uno muy firme.

5. En el caso de los trabajadores: Cuanto más se prolongue la baja mayor es el riesgo de invalidez persistente. Es conveniente acelerar tanto como sea posible el retorno al trabajo, aun sin esperar a que

haya desaparecido completamente el dolor y aunque sea preciso con ese fin adaptar transitoriamente las condiciones y/o características ergonómicas de los puestos de trabajo. Los programas que combinan educación sanitaria (en manejo activo) con ejercicio y medidas ergonómicas y organizativas que involucren a los trabajadores pueden tener efecto (probablemente discreto), aunque ninguna de esas medidas ha demostrado ser efectiva cuando se aplica aisladamente.

6. En el caso de los escolares: No hay datos consistentes sobre el efecto del ejercicio, el sedentarismo (y las maneras de estar sentado), la forma física, la fuerza muscular y el peso corporal. Hay datos que reflejan que el riesgo de lumbalgia aumenta con la participación en deportes a nivel competitivo, el transporte de material escolar excesivamente pesado, el uso de un mobiliario escolar inadecuado y la exposición a factores psicosociales (infelicidad, baja autoestima, etc.). Sin embargo, los datos disponibles no permiten traducir esa evidencia en recomendaciones preventivas claras (como eventuales límites concretos de carga o directrices para el mobiliario).

VI. ALGORITMO DE MANEJO DE LA LUMBALGIA



ACLARACIONES AL ALGORITMO

Señales de alerta:

A: Para derivación a cirugía:

a) Derive urgentemente a cirugía si observa cualquiera de estos signos: Paresia relevante, progresiva o bilateral, pérdida de control de esfínteres de origen neurológico, anestesia en silla de montar (posible síndrome de la cola de caballo).

b) Valore derivar para *valoración* quirúrgica si hay dolor radicular (no lumbar):

- Cuya intensidad sigue siendo intolerable pese a la aplicación durante 6 o más semanas de todos los tratamientos no quirúrgicos recomendados (posible hernia discal con criterios quirúrgicos).

- Que aparece sólo a la deambulación y la limita, requiere flexión o sedestación para desaparecer, persiste pese a 6 meses de tratamiento conservador y se acompaña de imágenes de estenosis espinal (posible estenosis espinal sintomática).

B: Para enfermedad sistémica: Valore pedir RX+analítica simple, RM o gammagrafía: Dolor que aparece por primera vez <20 ó >55 años, dolor no influido por posturas, movimientos y esfuerzos, dolor exclusivamente dorsal, dolor de predominio nocturno, déficit neurológico difuso, imposibilidad persistente de flexionar 5º la columna vertebral, deformación estructural (de aparición reciente), mal estado general, pérdida de peso, fiebre, antecedentes de traumatismo reciente, cáncer o uso de corticoides (osteoporosis) o drogas por vía parenteral, inmunodepresión o SIDA.

C: Informar al paciente:

- La lumbalgia inespecífica no se debe a ninguna enfermedad grave subyacente (aunque el dolor pueda ser intenso), ni a ninguna lesión orgánica grave o irremediable (como “desgaste de las vértebras” o similar, pese a lo que el paciente pueda haber oído).

- Habitualmente el dolor emana de los músculos, discos, articulaciones o ligamentos, y la mayoría de los casos se resuelven por sí mismos en menos de 2-6 semanas.

- Para acelerar la recuperación y reducir el riesgo de reaparición, conviene evitar el reposo en cama y mantener el mayor grado de actividad física que el dolor permita (incluido el trabajo si es posible).

D: Fármacos de primera línea: En función de la intensidad y resistencia del dolor:

a) Paracetamol; entre 650 y 1000 mgs cada 6 horas.

b) AINEs por vía general (no tópica) pautados (no “a demanda”), preferentemente menos de 3 meses. El ibuprofeno y el diclofenaco son los que generan una tasa menor de complicaciones gastrointestinales.

c) AINEs más una tanda de miorrelajantes, preferentemente de menos de 1 semana.

E: Ejercicio: No antes de 2-6 semanas de duración de la lumbalgia (o de la exacerbación de una lumbalgia crónica). Como preventivo o tratamiento, cualquier ejercicio es mejor que ninguno y no hay datos para recomendar una intensidad o tipo concreto; tenga en cuenta las preferencias del paciente.

F: NRT: Intervención neurorreflejoterápica: Si, pese al tratamiento previo, la lumbalgia persiste 14 o más días, es moderada, intensa o muy intensa (>3 puntos en escala de 0 a 10), y existe una Unidad acreditada en el ámbito geográfico del que se trate.

G: Señales de mal pronóstico funcional:

- Creencias erróneas ("dolor de espalda significa lesión estructural", "se debe a una alteración estructural irreversible", o "tratamientos pasivos mejores que actitudes activas propias"),
- Conductas inadecuadas (miedo y evitación, reducción exagerada del grado de actividad),
- Factores laborales (falta de apoyo en el trabajo, escasa satisfacción o conflictos laborales, litigación),
- Problemas emocionales (depresión, ansiedad, estrés, tendencia al aislamiento).

H: Programas educativos breves: Reforzar charla desdramatizadora con el paciente. Entregar un "Manual de la Espalda" (folleto validado que fomenta el manejo activo de la lumbalgia) o darle una dirección de Internet con información consistente (www.espalda.org).

I: Tratamiento (Psicológico) Cognitivo Conductual: Sólo:

a) Si la lumbalgia dura más de 6 semanas: Si el paciente está en situación laboral potencialmente activa y existen múltiples y graves señales de mal pronóstico funcional, o

b) Si la lumbalgia es intensa y dura más de 3 meses:

- Si han fracasado los tratamientos previos potencialmente útiles para el dolor, o
- Junto con ejercicio, para sustituir la cirugía por "lumbalgia debida a degeneración discal"

J: Escuela de la Espalda: Sólo si está disponible una Escuela centrada en importancia de mantener la actividad física, y no en educación tradicional "biomecánica y de higiene postural".

K: Antidepresivos: Tri o tetracíclicos, a dosis analgésicas (equivalentes a 10-25 mgs de amitriptilina cada 12 horas), esté o no depresivo el paciente. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina no tienen efecto analgésico.

L: Parches de Capsaicina: Si dolor intenso o muy intenso (> 5 puntos en escala de 0 a 10).

M: Opiáceos: Preferentemente de liberación lenta y de manera pautada (no "a demanda") y preferiblemente manejados por médicos habituados a usarlos.

N: PENS: Neuroestimulación percutánea: Sólo si hay especialista entrenado disponible.

O: Artrodesis: Preferiblemente no instrumentada y sólo si se dan **todos** los siguientes criterios:

- El dolor es intenso e invalidante, y ha persistido durante como mínimo 2 años pese a todos los demás tratamientos (incluido el ejercicio),

- Sólo se plantea artrodesis -preferentemente no instrumentada y preferiblemente en un máximo de 2 segmentos- y no otras técnicas, como prótesis de disco, ozonoterapia, etc.

P: Programas multidisciplinarios: Combinación de B, C, G, I, J y K, aplicados intensiva y coordinadamente por, como mínimo, un médico, un psicólogo y un fisioterapeuta en Unidades especializadas.

Las versiones más completas de esta Guía están disponibles en www.REIDE.org

Las distintas versiones de esta Guía de Práctica Clínica
están disponibles en **www.REIDE.org**