Ansiedad y Estrés
ISSN: 1134-7937
2006, 12(1), 131-138

LUMBALGIA
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA COST B13 LUMBALGIA

Grupo de Trabajo Programa Europeo COST B13

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:

OMC Organización Médica Colegial de España

Confederación Estatal de Sindicatos Médicos

SIMAP

UNIÓN DE CONSUMIDORES DE ESPAÑA

FACUA Consumur

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"

FUNDACIÓN KOVACS

Este folleto resume las recomendaciones de la versión española de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la lumbalgia del Programa Europeo COST B13. Esas recomendaciones son fruto de la revisión sistemática de la evidencia científica y han sido aprobadas unánimemente por los autores y

revisores de esa Guía, así como su versión española lo ha sido por los miembros del correspondiente Grupo de Trabajo.

Están disponibles otras versiones de las recomendaciones de esta Guía, que pueden descargarse gratuitamente desde la Web de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (www.REIDE.org). Esas versiones son:

- Algoritmo: Disponible en español, resume la estrategia diagnóstica y terapéutica recomendada.
- Resumen de las recomendaciones y su fundamento: Disponible en español incluye las recomendaciones sobre diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención y, para cada una de ellas, los estudios analizados y la solidez del fundamento científico que aportan.
- Versión completa de la Guía española: Además de los contenidos de la versión original (en inglés), incluye en español las anotaciones propias de la versión española (relación de autores, métodos de trabajo y modificaciones con respecto a la versión original).

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 citada 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, 2005.

Esta Guía se adhiere a los principios descritos en el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe, http://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.

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 5° 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).
- 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

RESUMEN DE LOS TRATAMIENTOS RECOMENDADOS

El tratamiento de la lumbalgia inespecífica representa una encrucijada de disciplinas (atención primaria, rehabilitación, reumatología, unidades del dolor, etc.) 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 primea 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, o
     b) Se esté plantenado 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.).

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.

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 posi-

ble 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).