

LO QUE EL MÉDICO GENERAL DEBE SABER SOBRE LUMBALGIA INESPECÍFICA

What a General Practitioner Should Know about Acute Nonspecific Low Back Pain

Yeny Chavarría Banegas, Sonia Flores Elvir, Guadalupe M. Martínez

Instituto Hondureño Seguridad Social. Tegucigalpa.

RESUMEN: La lumbalgia un problema que se caracteriza por su alta prevalencia en la población. El 80% de la población lo padece al menos una vez en la vida, en la mayoría de los casos no se encuentra ningún tipo de lesión que justifique el proceso, por lo que el problema será catalogado como lumbalgia inespecífica. No es una enfermedad ni un diagnóstico, sino un síntoma que puede ser secundario a patologías de muy diversa etiología y gravedad. Esta patología generalmente es benigna y su interés se centra en su elevada frecuencia, repercusión social, laboral y económica. Ante la problemática que el diagnóstico clínico era variable, e intervenían distintos especialistas, el 15 de diciembre de 1999, fue lanzada la guía del programa COST B13 por la Comisión Europea con el objetivo de definir estándares de prevención, diagnóstico y tratamiento de la lumbalgia inespecífica basado en la evidencia científica, cubriendo tanto el ámbito de la atención primaria como especializada. Por ello que la presente revisión tiene el objetivo que el médico general diagnostique y trate esta patología apropiadamente, ya que el 90% de los casos se resuelven en el primer nivel de atención y apenas 1% requiere intervención quirúrgica. **Rev Med Hondur 2009;77(2):75-81**
Palabras clave: Lumbalgia, guía de práctica clínica, atención primaria de salud.

INTRODUCCIÓN

La lumbalgia inespecífica se define como el dolor localizado entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de los glúteos, cuya intensidad varía en función de las posturas y la actividad física, suele acompañarse de limitación dolorosa del movimiento y puede asociarse a dolor referido o irradiado. El diagnóstico de lumbalgia inespecífica implica que el dolor no se debe a fracturas, traumatismos ni enfermedades sistémicas (como espondilitis, o afecciones infecciosas, vasculares, metabólicas, endocrinas o neoplásicas).

El dolor lumbar es una afección muy frecuente, siendo la segunda causa en frecuencia de visitas médicas, la quinta en frecuencia de hospitalización y la tercera en frecuencia de intervención quirúrgica.¹ Además es la tercera causa de incapacidad funcional crónica después de las afecciones respiratorias y traumatismos.² Se ha comprobado que independientemente del nivel de una población determinada, los problemas de lumbalgia son de alta prevalencia.²⁻⁵ Debido a su alta prevalencia, la patología lumbar común tiene una influencia considerable en la salud pública y se ha convertido en una de las primeras causas de ausentismo laboral.⁶⁻⁸

No existe una correlación lineal entre la clínica referida por el paciente y la alteración anatómica hallada por las técnicas de imagen, por lo que llegar a un diagnóstico etiológico sólo es posible aproximadamente en el 20%⁹ o incluso en el 10% de los casos,¹⁰ es decir, entre el 80% y el 90% de las lumbalgias serán inespecíficas. Este es el motivo de que el 90% de los pacientes con dolor de espalda pueden ser controlados por el médico general y tan solo el 10% tendrá que ser enviado a una unidad de espalda.¹¹

Es muy importante tener en cuenta que las manifestaciones de la lumbalgia no se correlacionan con la gravedad o las causas de las mismas y pueden haber procesos con una gran intensidad

dolorosa en pacientes con mínimas lesiones y viceversa.¹¹ En cuanto al curso del dolor éste suele ser recurrente, intermitente y episódico,¹² de tal forma que el 73% de los pacientes afectados refieren haber tenido al menos un episodio recurrente en los primeros 12 meses.¹³

Otro dato a tener muy en cuenta es que, como norma general, está contraindicado el reposo absoluto ya que prolonga el estado lumbálgico y la incapacidad laboral.¹⁴ Por ello es importante mantener el mayor grado de actividad física que el dolor permita y si se amerita en reposo en cama, éste deberá de ser lo más breve posible y durar un máximo de 2 días, ya que se estima que cada día de reposo en cama conlleva una pérdida del 2% de la potencia muscular.¹⁴

HISTORIA

Cuando el Homo Erectus asumió la estrategia de la bipedestación, marcó un cambio cualitativo en su evolución, que lo diferenció del resto de los primates con los que compartía los recursos del planeta, dando origen a las líneas evolutivas que desencadenaron en el Homo Sapiens. Dicha estrategia ha demostrado sin duda alguna su efectividad; a cambio de ello, generó una alteración biomecánica de nuestra columna vertebral, que le ha reclamado el cambio en la forma de dolor.¹⁵ Hallazgos paleontológicos indican que el Hombre habría intentado las primeras terapias dirigidas al dolor lumbar a través de la inmovilización y el uso de piedras calientes como tratamiento termoanalgésico.¹⁵

Si bien el ser humano ha convivido desde entonces con el "dolor de columna", las sociedades occidentales durante el siglo XX, asistieron a un fenómeno hasta entonces desconocido: la incapacidad asociada al dolor lumbar, en el amanecer del Siglo XXI, este fenómeno ha alcanzado características de epidemia y es origen de un gran sufrimiento físico y psíquico, del que emanan cuantiosas pérdidas económicas, laborales y sociales.

Recibido 12/3/2009, aceptado después de revisiones 23/4/2009
 Correspondencia: Dra. Yeny Chavarría, correo-E: yenchavy@hotmail.es

Hasta hace una década la práctica clínica habitual de la lumbalgia era muy variable, ya que intervenían distintos especialistas que aplicaban criterios y tratamientos diferentes con las recomendaciones de estudios científicos. Por ello, Durante cinco años, 48 expertos multidisciplinares de 14 países analizaron 74 guías de práctica clínica y 871 revisiones sistemáticas y estudios clínicos sobre la lumbalgia, un trabajo que dio como resultado una guía de práctica clínica, la única completa en el abordaje del dolor de espalda. Esta guía, es la versión española del programa COST B13 (Cooperación en Ciencia y Tecnología Europea) lanzado el 15 de diciembre de 1999 con el objetivo de definir los estándares de prevención, diagnóstico y tratamiento que recomienda la evidencia científica para la lumbalgia y que ésta cubriera tanto el ámbito de la atención primaria como especializada. La guía se basó estrictamente en la evidencia científica disponible, relegando el consenso sólo a las áreas en las que se carecía de evidencia, y fue elaborada por grupos multidisciplinarios y multinacionales.¹⁶

EPIDEMIOLOGÍA

La lumbalgia inespecífica es la principal causa de gasto público por conceptos asistenciales y laborales, la padece en algún momento de la vida hasta el 80% de la población general⁵ y cada año genera en un país europeo un costo equivalente aproximadamente entre el 1,7% y el 2,1% de su Producto Interno Bruto.¹⁶ La lumbalgia es la segunda causa, después del resfriado común, de consulta médica en el primer nivel de atención en los Estados Unidos. Es un problema costoso, constituye la primera causa de incapacidad en pacientes menores de 45 años y cuesta al sistema de salud de los EUA alrededor de 20 billones de dólares por año. En los años 1997-2000 se realizó un estudio retrospectivo en un Hospital Militar de Tegucigalpa (Honduras) según el cual la lumbalgia generó un costo en los 5 años del estudio de aproximadamente \$ 126,057.12 (L. 1,972,794) según los datos proporcionados por el Departamento de Costos de dicho hospital.¹⁷

CLÍNICA

La lumbalgia es un síntoma tan frecuente, Algunos pacientes, manifiestan un terrible dolor, sin ningún signo al examen físico; otros viven y trabajan confortablemente con forámenes vertebrales tan estrechos, que los nervios espinales, difícilmente pueden escurrirse entre ellos. La antigua frase: "la clínica es soberana", adquiere en el síndrome doloroso de columna, su máxima expresión y vigencia y se ven reafirmadas en las palabras de Bernard Lown, Premio Nobel de Medicina: "El 75% de los problemas que el médico ve en su consulta, se debe al uso y desgarrar a que lleva el vivir y esto no se puede diagnosticar por la paraclínica". Solamente por la clínica, el médico práctico puede llegar a tener una orientación diagnóstica en un 80% de los casos, dentro del primer mes de tratamiento y seguimiento; sin necesidad de recurrir a métodos diagnósticos.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y SEÑALES DE ALERTA

Las lumbalgias se clasifican según su evolución y etiología (Cuadro 1).¹⁶ Las señales de alerta sobre presencia de enfermedad sistémica y derivación a cirugía se presentan en el Cuadro 2.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE IMAGEN

Radiología convencional

Se prescriben sólo en los casos en los que existen señales de alerta. Si no las hay, no se prescriben pruebas diagnósticas de imagen de manera rutinaria, aunque a veces se arguye que se prescriben radiografías simples de columna para tranquilizar al paciente, no hay ninguna evidencia que lo respalde. Un ensayo clínico controlado ha demostrado que eso no mejora el resultado del tratamiento pero incrementa la carga de trabajo de los médicos.²⁰ Además, sus resultados son irrelevantes si no existen señales de alerta. La radiología simple lumbar y especialmente la tomografía son riesgosas por la exposición a radiaciones ionizantes que conllevan. Esto es especialmente preocupante en las féminas jóvenes por la exposición de las gónadas. La dosis de irradiación de una radiografía lumbar simple equivale a la de 15 radiografías pulmonares o a la exposición media a todas las demás fuentes de radiación ionizante durante 8 meses.²¹

La resonancia magnética es la mejor prueba de imagen en caso de pacientes con señales de alerta para derivación a cirugía, o en aquellos en los que se sospecha discitis (inflamación aguda del

Cuadro 1. Clasificación de la lumbalgia según evolución y etiología

1. Según evolución	
A. Aguda	Menor de 6 semanas
B. Sub agudo	Entre 6 y 12 semanas.
C. Crónica	Mayor de 12 semanas.
2. Según etiología	
A. Posible enfermedad sistémica	Infección, cáncer, osteoporosis, etc.
B. Compresión Radicular.	Requiere valoración quirúrgica.
C. Lumbalgia inespecífica	

Cuadro 2. Señales de alerta en lumbalgia

1. 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 para flexionar la columna vertebral
 Deformación estructural (de aparición reciente)
 Mal estado general
 Pérdida de peso
 Fiebre
 Cáncer
 Uso de corticoides (osteoporosis) o drogas por vía parenteral
 Inmunodepresión o SIDA.

2. 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. Derivación para valoración quirúrgica:

Dolor radicular (no lumbar), Cuya intensidad sigue siendo intolerable pese a la aplicación durante 6 ó más semanas de todos los tratamientos no quirúrgicos recomendados (posible hernia discal con criterios quirúrgicos), y dolor que aparece a la de ambulación y la limita, requiere flexión o sedestación para desaparecer y persiste pese a 6 meses ó más de tratamiento conservador y se acompaña de imágenes de estenosis espinal (posible estenosis espinal sintomática con criterios quirúrgicos).^{18,19}

disco intervertebral caracterizada por dolor lumbar, adelgazamiento del espacio intervertebral) o cáncer.^{22,23}

La gammagrafía y el SPECT pueden ser útiles; Cuando se sospecha pseudoartrosis después de una artrodesis vertebral, para distinguir las lesiones benignas de las malignas en pacientes con cáncer y para evaluar casos en los que se sospecha osteoma osteoide o fracturas por sobrecarga "de estrés"- secundarias a anorexia, osteoporosis o alteraciones hormonales.^{24,25}

La electromiografía puede ser útil para el diagnóstico y manejo de la estenosis espinal sintomática. Hoy en día la electromiografía no ha demostrado su utilidad como procedimiento diagnóstico en la lumbalgia inespecífica.^{26,27}

Otras pruebas: Como las Pruebas de provocación o alivio (discografía e infiltraciones facetarias con anestésicos).^{28,29} y Pruebas quiroprácticas de movilidad y palpación vertebral dichas pruebas no se recomiendan en lumbalgia inespecífica.³⁰⁻³²

TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA

Según la Guía de Práctica Clínica del Programa Europeo COST B13 dividen el tratamiento de lumbalgia en 3 fases:

- A. Tratamientos recomendados
- B. Tratamientos no recomendados porque no han sido adecuadamente evaluados
- C. Tratamientos que han sido evaluados pero no pueden ser recomendados.¹⁶

A. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS

Información positiva y tranquilizadora a los pacientes, los puntos esenciales de los que debe informarle son: La lumbalgia inespecífica no se debe a ninguna enfermedad subyacente.

Tampoco se debe a ninguna lesión orgánica, grave ni irremediable -como "desgaste de las vértebras" o similar- (a pesar de lo que el paciente pueda haber oído); habitualmente emana de los músculos, discos, articulaciones o ligamentos, resulta innecesario e inadecuado realizar pruebas radiológicas, tiene buen pronóstico y tiende a desaparecer en la mayoría de los casos.

Para acelerar la recuperación y reducir el riesgo de que repita en el futuro, es importante que el paciente evite el reposo en cama y mantenga el mayor grado de actividad física que el dolor le permita (incluido el trabajo si es posible)³³ ya que reposo en cama aumenta la intensidad y duración del dolor, el grado de incapacidad funcional, la duración de la baja laboral, y el riesgo de cronificación del episodio.^{34,35}

Tratamiento de lumbalgia aguda

Se indican fármacos de primera línea: Analgésicos, opiáceos menores, antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y miorelajantes

- a) Paracetamol (650 a 1000 mg cada 6 hrs).
- b) AINE según recomendación médica (no a demanda).
- c) AINE más miorelajantes (menos de una semana).

Tratamiento de la lumbalgia crónica

Los antiinflamatorios por vía sistémica son eficaces (hasta 3 meses) para disminuir la intensidad del dolor. Las benzodiacepinas son eficaces para reducir la intensidad del dolor, pero no para me-

jorar la contractura muscular. La recomendación de uso relativa a los antiinflamatorios se refiere exclusivamente a su administración sistémica (oral, rectal o intramuscular) -y no tópica-. Los efectos secundarios de los antiinflamatorios afectan aproximadamente al 10% de los pacientes y pueden ser graves, especialmente con dosis altas o en ancianos. El ibuprofeno y el diclofenaco son los que tienen la proporción de complicaciones gastrointestinales más baja (por el uso de dosis menores). El efecto de los antiinflamatorios tópicos no ha sido evaluado, por lo que no se pueden recomendar.^{36,37} La evidencia disponible sugiere que los miorelajantes actúan como simples analgésicos, y no mediante la relajación de la musculatura.³⁸⁻⁴¹ Por tanto, es preferible utilizar analgésicos con mejores perfiles de seguridad (como el paracetamol o los opiáceos menores). Los efectos secundarios de los miorelajantes afectan aproximadamente al 70% de los pacientes, y el riesgo de dependencia aumenta a partir de una semana.⁴² por tanto, es recomendable limitar su uso a ese período. No hay estudios que evalúen la eficiencia (coste/efectividad) de los analgésicos, antiinflamatorios o miorelajantes.

Fármacos de segunda línea: Antidepresivos, en el tratamiento de lumbalgia crónica.^{43,44}

Se prescriben antidepresivos que inhiben la recaptación de noradrenalina (antidepresivos tricíclicos o cuatricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, protriptilina, imipramina), ya que tienen un efecto analgésico que mejora la intensidad del dolor lumbar y se indican en:

- Pacientes con lumbalgia crónica intensa (estén o no deprimidos)
- En los que el dolor persiste pese a los tratamientos anteriores.

No se recomienda prescribir por lumbalgia antidepresivos que actúen por inhibición de la recaptación de la serotonina, ya que carecen de efecto analgésico. (fluoxetina, citalopram, sertralina, paroxetina, etc.).^{45,46}

Fármacos de tercera línea: Opiáceos(morfina, tramadol)

Se indican en pacientes con exacerbaciones intensas de lumbalgia crónica, que no respondan a los tratamientos anteriores, preferentemente tramadol o compuestos de liberación lenta.⁴⁷ El tramadol, sólo o asociado con paracetamol, es más eficaz que el placebo para mejorar el dolor y el grado de incapacidad.^{48,49}

CIRUGÍA

No se recomienda prescribir, ni realizar cirugía a los pacientes con lumbalgia inespecífica, excepto en pacientes que presenten los siguientes criterio de indicación: a) El dolor sea intenso e invalidante, b) El dolor haya persistido durante como mínimo 2 años pese a todos los demás tratamientos recomendados c) La fusión vertebral se plantee preferiblemente en un máximo de 2 segmentos.¹⁶

TRATAMIENTOS DE SOSTEN INDICADOS PARA LUMBALGIA INESPECÍFICA

Ejercicio

Se recomienda prescribir ejercicio como máximo a partir de las 6 semanas, aunque se aconseje recomendarlo antes (a partir de las 2 semanas) en los casos en los que se considere apropiado. El ejercicio aeróbico de bajo impacto durante el primer mes de síntomas

puede ayudar a evitar la pérdida de condición física causada por la inactividad. La mayoría de los pacientes pueden iniciar con ejercicios aeróbicos (caminar, bicicleta estacionaria, natación, etc.) en las primeras dos semanas. Los ejercicios para los músculos del tronco, en especial los de extensión para la espalda, son útiles si se realizan en forma progresiva, sobre todo si persisten los síntomas. Sin embargo, durante las primeras dos semanas pueden empeorar las molestias.

Tratamiento psicológico (cognitivo-conductual).

Muchos pacientes con dolor de espalda crónicos desarrollan una actitud ante el dolor que desencadena un círculo vicioso consistente en ansiedad y miedo exagerado al dolor, exceso de reposo, falta de actividad física, desconfianza en su capacidad física y aumento del riesgo de padecer episodios dolorosos más largos y frecuentes. Finalmente, esa situación puede terminar en más dolor de espalda, incapacidad, depresión e invalidez laboral. La terapia comportamental pretende mejorar el dolor de espalda y evitar que genere esas consecuencias psicológicas y sociales. Su objetivo es mejorar la actitud y comportamiento del paciente ante el dolor, con el fin de incitarle a estar tan activo como sea posible y enfrentarse mejor al dolor. Los estudios científicos señalan que el tratamiento cognitivo-conductual es efectivo para mejorar el dolor, el estado funcional y el retorno al trabajo en los pacientes con dolor intenso y muy crónico.⁵⁰

Programas multidisciplinarios de rehabilitación

Son indicados en pacientes con gran afectación psicológica, física, laboral y de calidad de vida, de más de 3 meses de evolución y fracasos de otros programas monodisciplinares

Parches de capsaina

Indicados en pacientes con lumbalgia crónica, durante tres semanas en dolor de tres meses de duración, intenso y fracaso terapéutico anterior.⁵¹⁻⁵³

Neuroestimulación eléctrica percutánea (PENS)

Consiste en estimular terminaciones nerviosas localizadas en el tejido blando y/o músculo, mediante la aplicación de una corriente eléctrica. La percepción del dolor sólo es posible cuando se activan unas células concretas de la médula y su activación se transmite hasta el cerebro. El PENS, está indicado en pacientes con lumbalgia crónica muy intensa, en los que han fracasado todos los tratamientos conservadores y tiene que ser realizada exclusivamente por médicos bien entrenados y experimentados.^{54,55}

B) TRATAMIENTOS NO RECOMENDADOS PORQUE NO HAN SIDO ADECUADAMENTE EVALUADOS.

Fajas y corsés lumbares

Las recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible no aconsejan el uso de corsés ni cinturones lumbares, ya que no han demostrado su eficacia o efectividad en el tratamiento de lumbalgia inespecífica sin embargo existen estudios clínicos que demuestran efectos secundarios donde incluyen lesiones cutáneas, alteraciones digestivas, hipertensión arterial, aumento de la incidencia de crisis cardíacas y atrofia muscular.^{56,57}

Los siguientes tratamientos que, aunque se apliquen o hayan aplicado en algún ámbito asistencial, no han sido evaluados con en-

sayos clínicos controlados). Estos son: corrientes interferenciales, onda corta, termoterapia, electroestimulación medular, ozonoterapia, fármacos anti-TNF (factor de necrosis tumoral).

C) TRATAMIENTOS EVALUADOS PERO NO PUEDEN SER RECOMENDADOS.

Acupuntura

No se recomienda prescribir acupuntura para la lumbalgia inespecífica sin embargo una revisión sistemática aporta datos sobre el tipo y número de efectos secundarios detectados tras acupuntura, pero no de su incidencia, de manera que se sabe que estos efectos secundarios existen pero se desconoce cuál es el riesgo de padecerlos). Los efectos secundarios son mareo, síncope o desmayo (274 casos), hepatitis (127 casos) y otras infecciones (endocarditis, osteomielitis, septicemia, pericondritis, etc.) (100 casos), aumento del dolor (70 casos), pneumotórax (65 casos) y traumatismo cardíaco (7 casos).⁵⁸

Masaje:

En los ensayos clínicos realizados, los resultados del masaje son similares (ligeramente mejores, equivalentes o ligeramente peores) que los de tecnologías que no han demostrado ser mejor que el placebo. Por lo tanto, no se puede descartar que esos estudios simplemente hayan detectado la diferencia de los efectos placebo generados por los distintos procedimientos en cada estudio.⁵⁹

Gabapentina

La gabapentina suele usarse para el tratamiento del dolor neuropático. Sólo se ha detectado un ensayo clínico en el que se incluyeron pacientes con lumbalgia, y los resultados que obtuvo la gabapentina no difirieron de los del placebo. En el estudio se usaron dosis de gabapentina bajas (hasta 1200 mg/día) pero que están dentro de los límites recomendados. Se desconoce el eventual efecto de dosis mayores. No hay ningún estudio sobre efectividad (frente a otros tratamientos) ni coste/efectividad.⁶⁰

Infiltraciones de toxina botulínica

No se recomienda prescribir infiltraciones de toxina botulínica por lumbalgia inespecífica. La repetición de infiltraciones de toxina botulínica puede debilitar los músculos.⁶¹ La evidencia sobre eficacia procede de un solo ensayo clínico con muy pocos pacientes y dado el alto coste de la toxina y sus efectos secundarios, es necesario disponer de más estudios sobre esos aspectos antes de poder recomendar su uso.

Los siguientes tratamientos han sido evaluados pero no deben ser prescritos en lumbalgia inespecífica ya que el coste/efectividad es desconocida y no existen suficientes ensayos clínicos que demuestran su eficacia estos son: tracciones lumbares, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), laserterapia, ultrasonido, Infiltraciones sacroilíacas, infiltraciones epidurales Infiltraciones en puntos gatillo, proloterapia (infiltraciones esclerosantes), rizolisis por radiofrecuencia, quiropraxia.¹

EDUCACION EN POBLACION EN GENERAL

El primer paso para educar a los pacientes es hacerles saber que la lumbalgia es frecuente en nuestra sociedad y casi nunca

es incapacitante, esta información (educación sanitaria), debe estar centrada en el manejo activo evitando el reposo y promoviendo el mayor grado de actividad, desdramatizar la lumbalgia. Para esto las Escuelas de la Espalda combinan programas intensos de educación sanitaria y ejercicio que pueden ser recomendables en pacientes con episodios dolorosos recurrentes ya que la higiene postural y la ergonomía son eficaces para prevenir los dolores de espalda (Figura 1) y su finalidad es reducir la carga que soporta ésta durante las actividades diarias.⁶² Una misma actividad se puede hacer adoptando posturas distintas.

Se debe evitar el uso de cinturones o fajas lumbares para la prevención de la lumbalgia, su mayor intensidad o el ausentismo laboral. También se debe evitar el uso de los zapatos de tacón alto si debe estar mucho tiempo de pie o caminando. Un zapato completamente plano, sin ningún tacón, tampoco es lo ideal, especialmente si existen problemas de rodilla. Un tacón de 1.5 a 3 cms. suele ser adecuado (Figura 2).

Existen datos que sugieren que entre los escolares algunos factores como ser la práctica de deportes a nivel competitivo, el uso de mochilas y otros sistemas de carga excesiva de materiales, el diseño de escritorios y otros muebles escolares, etc., aumentan el riesgo de padecer lumbalgia; no hay suficiente evidencia para demostrar que cambios en dichos factores puedan resultar en la prevención de la misma. Aunque hay datos que ciertos factores psicosociales (baja autoestima, sentimientos de infelicidad, problemas de comportamiento, etc.) se asocian a un mayor riesgo de lumbalgia, no hay datos que demuestren que la modificación de esos factores tenga un efecto preventivo.¹⁶

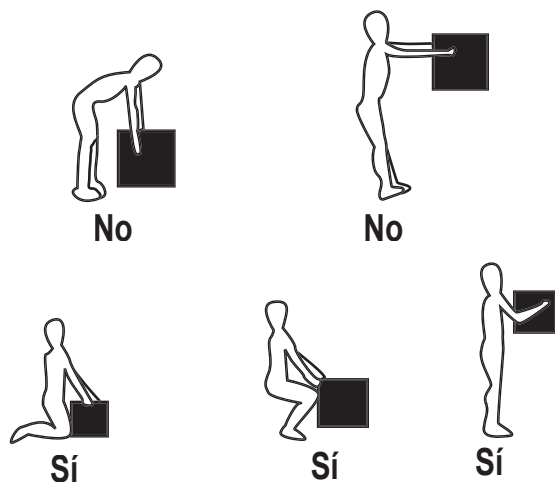


Figura No. 1. Posturas correctas para cargar objetos pesados.⁶²



Figura 2. Altos de tacón apropiados e inapropiados.

CONCLUSIÓN

La aplicación de las recomendaciones recogidas en esta revisión bibliográfica van orientadas a mejorar la efectividad, seguridad y eficiencia de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la lumbalgia. Entre otras indicaciones, se recomienda no prescribir de manera rutinaria pruebas diagnósticas, como la radiología o la resonancia magnética. Aclarar que el reposo es contraproducente, y que tampoco están demostrados los supuestos beneficios de técnicas como la ozonoterapia, las infiltraciones, las tracciones lumbares, la manipulación vertebral o la acupuntura. Por su parte, la cirugía no está indicada, salvo en casos excepcionales, en los que todos los demás tratamientos han fracasado durante como mínimo 2 años y sólo en ámbitos en los que no están disponibles otros tratamientos que han demostrado obtener resultados similares con riesgos menores. Por el contrario, entre las tecnologías recomendadas por haberse comprobado científicamente su efectividad y seguridad en los casos indicados, destaca el evitar el reposo en cama, ciertos tipos de fármacos (como antiinflamatorios o analgésicos), el ejercicio físico, el tratamiento psicológico cognitivo-conductual, y los programas multidisciplinarios. Los puntos a recordar se resumen en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Puntos a recordar sobre la lumbalgia inespecífica.

- La lumbalgia no es una enfermedad ni un diagnóstico, sino un síntoma que puede ser secundario a patologías de muy diversa etiología y gravedad, y la mayoría a su vez son de carácter inespecífico.
- Es importante que el médico general diagnostique y trate esta patología ya que el 90% de los casos se resuelven en el primer nivel de atención y apenas el 1% requiere intervención quirúrgica.
- En la lumbalgia inespecífica se recomienda no prescribir de manera rutinaria pruebas diagnósticas, como la radiología o la resonancia magnética.
- Según la guía del programa COST B13 las tecnologías recomendadas por haberse comprobado científicamente su efectividad y seguridad son ciertos tipos de fármacos (como antiinflamatorios o analgésicos), el ejercicio físico, el tratamiento psicológico cognitivo-conductual, y los programas multidisciplinarios.

REFERENCIAS

1. Peña Sagredo JL, Brieua Beltrán P, Peña Martín C, Humbria Mendiola A. Unidades de espalda: un modelo multidisciplinario. *Rev Esp Reumatol* 2002; 29:499-502.
2. Walker BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. *J Spinal Disord* 2000;13:205-17.
3. Hoy D, Toole MJ, Morgan D, Morgan C. Low back pain in rural Tibet. *Lancet* 2003;36:225-6.
4. Omokhodion FO. Low back pain in a rural community in South West Nigeria. *West Afr J Med* 2002;21:87-90.
5. Barbadillo Mateos C, Rodríguez Cardoso A, Herrero Pardo de Donlebún M. Lumbalgias. *Jano* 2001;61:101-5.
6. Sauné Castillo M, Arias Anglada R, Lleget Maymo I, Ruiz Bassols A. Escribà Jordana JM, Gil M. Estudio epidemiológico de la lumbalgia. Análisis de factores predictivos de incapacidad. *Rehabilitación* 2003; 37:3-10.
7. Hadler NM. The predicament of backache. Editorial. *J Occup Med*. 1988; 30:449-50.
8. Nachemson AL. Research methods in occupational low back pain. *Spine* 1991;16:666-7.
9. Moyá Ferrer F. Lumbalgia. En: Andreu JL et al. Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid: Mosby/Doyma S.A. 1996.
10. Maneck NJ, Macgregor AJ. Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis. *Curro Opin Rheumatol*, 2005;17:134-40
11. Peña Sagredo JL, Peña C, Brieua P, Pérez Núñez M, Humbria Mendiola A. Fisiopatología de la lumbalgia. *Rev Esp Reumatol* 2002; 29:483-8.
12. Nachemson A, Waddell G, Nohlund AI. Epidemiology of neck and back pain. In: Nachemson A, Jonsson E, eds. Neck and Back Pain: The Scientific Evidence of Causes, Diagnosis, and Treatment. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, pp. 165-187.
13. Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute LBP: Systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003; 327: 323.
14. Kovacs F. Manejo clínico de la lumbalgia inespecífica. *Semergen*. 2002; 28:1-3. Manejo clínico de la lumbalgia inespecífica.
15. J. Kappelman et al. "First Homo erectus from Turkey and implications for migrations into temperate Eurasia". *American Journal of Physical Anthropology* 2008; 135 (1): 110-116.
16. European Commission Directorate general Research. Guía de Practica Clínica Cost B13 Lumbalgia Inespecífica. España: European Commission Directorate General Research;2005 (actualizada febrero 2006). Disponible en: www.REIDE.org.
17. Pinto Romero M, Cantón Barbosa R, Wong Sánchez G. Lumbalgia. Estudio Retrospectivo en el Hospital Militar, 1997-2000 *Rev Med Hond* 2001; 69:147-151
18. Deville WL, van der Windt DA, Dzaferagic A, Bezemer PD, Bouter LM. The test of Lasegue: systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. *Spine* 2000; 25: 1140-7.
19. Slipman CW, Patel RK, Botwin K, Huston C, Zhang L, Lenrow D, Garvan C. Epidemiology of spine tumors presenting to musculoskeletal physiatrists. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84(4): 492-5.
20. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *Br Med J* 2001; 322: 400-5.
21. Boos N, Lander PH. Clinical efficacy of imaging modalities in the diagnosis of low-back pain disorders. *Eur Spine J* 1996;5(1): 2-22.
22. Hollingworth W, Gray DT, Martin BI, Sullivan SD, Deyo RA, Jarvik JG. Rapid magnetic resonance imaging for diagnosing cancer-related low back pain. *J Gen Intern Med* 2003; 18(4): 303-12.
23. Yoshida H, Fujiwara A, Tamai K, Kobayashi N, Saiki K, Saotome K. Diagnosis of symptomatic disc by magnetic resonance imaging: T2-weighted and gadolinium-DTPA-enhanced T1-weighted magnetic resonance imaging. *J Spinal Disord Tech* 2002;15(3): 193-8.
24. Kosuda S, Kaji T, Yokoyama H, Yokokawa T, Katayama M, Iriye T, et al. Does bone SPECT actually have lower sensitivity for detecting vertebral metastasis than MRI? *J Nucl Med* 1996;37(6): 975-8.
25. Littenberg B, Siegel A, Tosteson AN, Mead T. Clinical efficacy of SPECT bone imaging for low back pain. *J Nucl Med* 1995; 36(9): 1707-13.
26. De Luca CJ. Use of the surface EMG signal for performance evaluation of back muscles. *Muscle Nerve* 1993;16: 210-6.
27. Elfving B, Dederig A, Nemeth G. Lumbar muscle fatigue and recovery in patients with long-term low-back trouble—electromyography and health-related factors. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*, 2003; 18(7): 619-30.
28. Carragee EJ, Hannibal M. Diagnostic evaluation of low back pain. *Orthop Clin North Am*. 2004; 35(1): 7-16.
29. Dreyfuss PH, Dreyer SJ, Herring SA. Lumbar zygapophysial (facet) joint injections. *Spine* 1995, 20(18): 2040-7.
30. Manchikanti L. Facet Joint Pain and the Role of Neural Blockade in Its Management. *Curr Rev Pain* 1999, 3(5): 348-58
31. Revel M, Poiraudreau S, Auleley GR, Payan C, Denke A, Nguyen M, Chevrot A, Fermanian J. Capacity of the clinical picture to characterize low back pain relieved by facet joint anesthesia. Proposed criteria to identify patients with painful facet joints. *Spine* 1998, 23(18): 1972-6.
32. Schwarzer AC, Aprill CN, Derby R, Fortin J, Kine G, Bogduk N. Clinical features of patients with pain stemming from the lumbar zygapophysial joints. Is the lumbar facet syndrome a clinical entity? *Spine* 1994; 19(10): 1132-7.
33. Koes BW, van den Hoogen HMM. Efficacy of bed rest and orthoses of low back pain. A review of randomized clinical trials. *Eur J Phys Med Rehabil* 1994; 4: 86-93
34. Rozenberg S, Delval C, Rezvani Y, et al. Bed rest or normal activity for patients with acute low back pain: a randomized controlled trial. *Spine* 2002; 27: 1487-93.
35. Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 647-52.
36. De Craen AJM, Di Giulio G, Lampe-Schoenmaeckers AJEM, Kessels AGH, Kleijnen J. Analgesic efficacy and safety of paracetamol-codeine combinations versus paracetamol alone: a systematic review. *Br Med J* 1996; 313: 321-325.
37. Koes BW, Scholten RJPM, Mens JMA, Bouter LM. Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomised clinical trials. *Ann Rheum Dis* 1997; 56: 214-23.
38. Arbus L, Fajadet B, Aubert D, Morre M, Goldfinger E. Activity of tetrazepam in low back pain. *Clinical Trials Journal*, 1990; 27(4): 258-67.
39. Basmajian JV. Cyclobenzaprine hydrochloride effect on skeletal muscle spasm in the lumbar region and neck: two double-blind controlled clinical and laboratory studies. *Arch Phys Med Rehabil*, 1978;59(2): 58-63.
40. Salzmann E, Pffringer W, Paal G, Gierend M. Treatment of chronic low-back syndrome with tetrazepam in a placebo controlled double-blind trial. *J Drug Dev*, 1992; 4: 219-28.
41. Worz R, Bolten W, Heller B, Krainick JU, Pergande G [Flupirtine in comparison with chlormezanone in chronic musculoskeletal back pain. Results of a multicenter randomized doubleblind study]. *Fortschr Med*, 1996; 114(35-36): 500-4.
42. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Muscle relaxants for non-specific low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
43. Dickens C, Jayson M, Sutton C, Creed F. The relationship between pain and depression in a trial using paroxetine in sufferers of chronic low back pain. *Psychosomatics*, 2000;41(6): 490-9.
44. Fishbain D. Evidence-based data on pain relief with antidepressants. *Ann Med*, 2000;32(5): 305-16.
45. Schreiber S, Vinokur S, Shavelzon V, Pick CG, Zahavi E, Shir Y. A randomized trial of fluoxetine versus amitriptyline in musculo-skeletal pain. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 2001; 38(2): 88-94.
46. Staiger TO, Gaster B, Sullivan MD, Deyo RA. Systematic review of antidepressants in the treatment of chronic low back pain. *Spine*, 2003; 28(22): 2540-5.
47. Palangio M, Damask MJ, Morris E, Doyle RT, Jr, Jiang JG, Landau CJ, de Padova A. Combination hydrocodone and ibuprofen versus combination codeine and acetaminophen for the treatment of chronic pain. *Clin Ther*, 2000; 22(7): 879-92
48. Ruoff GE, Rosenthal N, Jordan D, Karim R, Kamin M. Tramadol/acetaminophen combination tablets for the treatment of chronic lower back pain: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled outpatient study. *Clin Ther*, 2003; 25(4): 1123-41.
49. Schnitzer TJ, Gray WL, Paster RZ, Kamin M. Efficacy of tramadol in treatment of chronic low back pain. *J Rheumatol*, 2000; 27(3): 772-8
50. Altmaier EM, Lehmann TR, Russell DW, Weinstein JN, Kao CF. The effectiveness of psychological interventions for the rehabilitation of low back pain: a randomized controlled trial evaluation. *Pain*, 1992; 49(3): 329-35.
51. Frerick H, Keitel W, Kuhn U, Schmidt S, Bredehorst A, Kuhlmann M. Topical treatment of chronic low back pain with a capsiicum plaster. *Pain*, 2003; 106(1-2): 59-64.

52. Keitel W, Frerick H, Kuhn U, Schmidt U, Kuhlmann M, Bredehorst A. Capsicum pain plaster in chronic non-specific low back pain. *Arzneimittelforschung*, 2001; 51(11): 896-903.
53. Mason L, Moore RA, Derry S, Edwards JE, McQuay HJ. Systematic review of topical capsaicin for the treatment of chronic pain. *BMJ*, 2004; 328(7446): 991
54. Hsieh RL, Lee WC. One-shot percutaneous electrical nerve stimulation vs. transcutaneous electrical nerve stimulation for low back pain: comparison of therapeutic effects. *Am J Phys Med Rehabil*, 2002; 81(11): 838-43.
55. Yokoyama M, Sun X, Oku S, Taga N, Sato K, Mizobuchi S, Takahashi T, Morita K. Comparison of percutaneous electrical nerve stimulation with transcutaneous electrical nerve stimulation for long-term pain relief in patients with chronic low back pain. *Anesth Analg*, 2004; 98(6): 1552-6.
56. Calmels P, Fayolle-Minon I. An update on orthotic devices for the lumbar spine based a review of the literature. *Rev Rhum Engl Ed*, 1996; 63(4): 285-91.
57. Jellema P, van Tulder MW, van Poppel MN, Nachemson AL, Bouter LM. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine*, 2001; 26(4): 377-86.
58. Ernst E, White AR. Acupuncture for back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*, 1998; 158(20): 2235-41.
59. Furlan AD, Brusseu L, Imamura M, Irvin E. Massage for low pain: a systematic review within the framework of the Cochrane collaboration Back Review Group. *Spine*, 2002; 27(17): 1896-910.
60. McLeane GJ. Does gabapentin have an analgesic effect on background, movement and referred pain? A randomised, double-blinded, placebo controlled study. *Pain Clinic* 2001; 13:103-7.
61. Foster L, Clapp L, Erickson M, Jabbari B. Botulinum toxin A and chronic low back pain: A randomized, double-blind study. *Neurology*, 2001; 56(10): 1290-3.
62. Canal salud. Actividades de la vida diaria: Posicion al cargar pesos. Madrid, España: Canal salud; 2000 (actualizada el 3 de agosto 2006, acceso el 27 abril de 2009) Disponible en: <http://www.mapfrecajasalud.com>

SUMMARY: Low back pain is a problem characterized by its constant presence among the general population. At least 80% of the population suffers from it once in a lifetime. In most cases there are no lesions that justify the process; that is why it is called nonspecific low back pain. It is not considered a disease or diagnostic, but a symptom that can be secondary to pathologies with a wide range of etiology and severity. This pathology is considered benign and it is cause of concern due to its high frequency, along with social, economic and labor consequences. Because of problems with diagnosis and the need for different specialists to interact, on December 15, 1999, the European Commission presented the guide for the COST B13 program, with the objective of defining standards for prevention, diagnosis, and treatment for low back pain based on scientific evidence; covering both primary and specialized care. That is why this review has as objective to help the general practitioner to diagnose and treat this pathology, since 90% of cases are solved in the first level of attention and only 1% requires surgery. **Rev Med Hondur 2009;77(2):75-81**

Keywords: Low back pain, Practice Guideline, Primary Health Care.