

**DIRECTRICES DE ACTUACIÓN EN LA  
LUMBALGIA.  
MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.**

CÓDIGO OIR: 230126032648

Facultad de Medicina Universidad Miguel Hernández

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA DE URGENCIAS Y  
EMERGENCIAS 2022-2023**

**Alumno/a:** Gregorio Ibáñez Martínez

**Tutor/a académico/a:** Fernando Anacleto López Prats

**Presentación:** 15 - junio - 2023

## **RESUMEN**

La lumbalgia representa uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, ya que es una de las principales causas de discapacidad y repercusión socioeconómica, generando un elevado número de demanda de atención sanitaria, gasto de recursos y bajas laborales. Afecta a personas de todas las edades y orígenes.

Para abordar de forma adecuada esta afección, se han desarrollado directrices de actuación en lumbalgia, que son recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo de esta patología. Estas directrices son importantes para ayudarnos a estandarizar el manejo de dicha patología y garantizar una atención de calidad.

Una revisión de las directrices actuales de actuación en lumbalgia es necesaria por diversas razones. En primer lugar, existen actualizaciones regulares a medida que se produce nueva investigación sobre lumbalgia. Esta es una forma de presentar dicha información a los profesionales de la salud para que utilicen las recomendaciones más actualizadas y precisas. Por otra parte, una revisión de esta patología puede identificar áreas donde se necesiten mejoras y destacar prácticas obsoletas.

## **PALABRAS CLAVE**

Lumbalgia, dolor lumbar, lumbago.

## **ABSTRACT**

Low back pain represents one of the main public health problems worldwide, as it is one of the leading causes of disability and socioeconomic impact, generating a high number of demands for healthcare attention, resource spending, and sick leaves. It affects people of all ages and backgrounds.

To properly address this condition, guidelines for the management of low back pain have been developed. These guidelines are evidence-based recommendations for the management of this pathology. These guidelines are important to help us standardize the management of this pathology and ensure quality care.

A review of the current guidelines for the management of low back pain is necessary for various reasons. Firstly, there are regular updates as new research on low back pain emerges; this is a way to present this information to healthcare professionals so they can use the most up-to-date and accurate recommendations. Secondly, a review of this pathology can identify areas where improvements are needed and highlight obsolete practices.

## **KEYWORDS**

Lumbalgia, low back pain, lumbago.

## **ABREVIATURAS**

- AINES: antiinflamatorios no esteroideos.
- GPCs: guías de práctica clínica.
- RMN: resonancia magnética nuclear.
- RX: radiografía.
- TAC: tomografía computarizada axial.
- TENS: estimulación eléctrica transcutánea
- UDVP: usuario de drogas vía parenteral



## ÍNDICE

## PÁGINA

<b>1. OBJETIVOS.....</b>	<b>1</b>
<b>2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL.....</b>	<b>1</b>
<b>2.1 EPIDEMIOLOGÍA.....</b>	<b>1</b>
<b>2.2. CURSO CLÍNICO, PRONÓSTICO Y FACTORES DE RIESGO.....</b>	<b>1</b>
<b>2.3 DIAGNÓSTICO.....</b>	<b>2</b>
<b>2.3.1 ANAMNESIS.....</b>	<b>3</b>
<b>2.3.2 EXPLORACIÓN FÍSICA.....</b>	<b>4</b>
<b>2.3.3 PRUEBAS DE IMAGEN.....</b>	<b>4</b>
<b>2.4 TRATAMIENTO.....</b>	<b>6</b>
<b>2.4.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.....</b>	<b>7</b>
<b>2.4.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....</b>	<b>8</b>
<b>2.4.3 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y TERAPIAS INTERVENCIONISTAS.....</b>	<b>8</b>
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>9</b>
<b>4. DISCUSIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>10</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>11</b>



## **1. OBJETIVOS**

- Proporcionar las mejores herramientas para el diagnóstico de la lumbalgia.
- Comprobar el beneficio de proporcionar información a los pacientes sobre su patología.
- Establecer relación de beneficio entre reposo o actividad para el tratamiento de dolor lumbar.
- Describir que tipo de tratamiento es más empleado en nuestro medio.
- Establecer evidencia científica sobre el uso de calor local.
- Indicar cuál es el tratamiento de elección farmacológica en el tratamiento del dolor lumbar.
- Comprobar los tratamientos más empleados para el dolor lumbar crónico.
- Evidenciar riesgo/beneficio del empleo de benzodiazepinas.
- Presentar evidencia científica sobre el uso de antidepresivos, antiepilépticos y corticoides para el tratamiento de la lumbalgia.

## **2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL**

### **2.1 Epidemiología**

Se estima que alrededor del 80% de la población general, sufrirá dolor lumbar en algún momento de su vida, siendo hasta en más del 85% lumbalgia inespecífica. El resto corresponderán a afecciones más graves como cáncer, fracturas, infecciones, etc.

El dolor lumbar encabeza la lista de causas de discapacidad desde los años 90s. La prevalencia se encuentra en un 7.5%, y afecta más a mujeres que a varones (3).

La carga económica ocasionada por el dolor lumbar también es muy elevada. Tanto por el coste directo sanitario que genera (pruebas complementarias, tratamientos, personal...), como indirecto (absentismo laboral, pérdida de calidad de vida...) (1).

El empleo de pruebas complementarias tales como RM, TAC, RX lumbar; así como el empleo de tratamientos específicos (infiltraciones, cirugía de artrodesis, etc.) entre otros se ha disparado en los últimos años, sin verse reflejado en una gran mejoría de los resultados a nivel poblacional (9).

Existe una elevada variabilidad en el modo de actuación de la patología en estudio, ya sea en el empleo de medios diagnósticos como en los tratamientos. Dicha variabilidad, puede explicarse, entre otros factores a la distinta formación de los profesionales implicados en el tema y por las incógnitas que surgen en cuanto a diagnóstico pronóstico y tratamiento. Sin embargo, dicha variabilidad puede suponer enormes pérdidas económicas sin resultados distintos entre pacientes (9).

### **2.2. Curso clínico, pronóstico y factores de riesgo**

En líneas generales, la evolución de la lumbalgia suele ser favorable, con una mejoría comprendida entre las 4-6 semanas. Sin embargo, en muchas ocasiones suelen ocurrir episodios recurrentes, desarrollando sintomatología crónica hasta un 15% de pacientes (13).

En cuanto a la relación que existe entre los factores de riesgo y pronósticos con el dolor lumbar, existen evidencias débiles y presentan controversias entre las mismas. Los más relevantes son (12):

- Edad avanzada
- Mal estado de salud
- Obesidad
- Tabaquismo
- Trastornos del ánimo
- Sexo femenino
- Nivel socioeconómico

Los factores de tipo psicosocial, conocidos en ocasiones como *yellow flags*, suponen un factor de mal pronóstico en cuanto a cronicidad y discapacidad (12).

### **2.3 Diagnóstico**

Se define lumbalgia como el dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas que dura al menos un día (1). La ciática, también conocida como lumbociática se emplea para describir al dolor lumbar que se irradia hacia el miembro inferior a través del recorrido que sigue el nervio ciático (2).

Según el tiempo de evolución del dolor, podemos clasificar la lumbalgia en (2):

- **AGUDAS:** el dolor está presente menos de 4 semanas.
- **SUBAGUDAS:** el dolor presenta una duración entre 4-12 semanas
- **CRÓNICA:** el dolor dura más de 12 semanas.
- **RECURRENTE:** episodio de lumbalgia aguda en un paciente que ha presentado episodios previos de dolor lumbar, intercalados con periodos libres de sintomatología de un mínimo de tres meses. No se incluyen las exacerbaciones de los pacientes que presenten lumbalgia crónica.

Para el manejo inicial de la lumbalgia, se propone la siguiente clasificación (2):

- **LUMBALGIA AGUDA INESPECÍFICA:** este tipo de lumbalgia destaca por englobar principalmente a una población con edades comprendidas entre los 20-55 años, que presentan dolor en región lumbosacra, de características mecánicas, que varían con la actividad y el tiempo y no afectan de forma severa a la vida del paciente.
- **LUMBALGIA AGUDA ESPECÍFICA:** ocupan aproximadamente un 10% de las causas de dolor lumbar.

\* **Radiculopatía:** cuando se producen síntomas que afectan a un nervio espinal. Suelen ser originados por protrusiones y hernias. La clínica presentada por el paciente afectado puede variar según la raíz afectada. La afectación de la raíz L5-S1 suele ser la más frecuente.

\* **Fractura vertebral por compresión:** ocupa un 4%, hay que prestar atención a los factores de riesgo (osteoporosis, corticoides, obesidad...).

\* **Estenosis espinal:** puede estar originada por múltiples factores. Sospechar en pacientes con claudicación neurógena. En ocasiones puede evolucionar a síndrome de cauda equina.

<b>LUMBALGIA MECÁNICA</b>	Lesión muscular Fractura Hernia Estenosis Espondilosis y espondilolistesis Alteraciones anatómicas Funcional (embarazo, dismetrías...)
<b>LUMBALGIA NO MECÁNICA</b>	Tumores (primarias, metástasis...) Espondiloartropatías seronegativas Infecciones Otras
<b>DOLOR REFERIDO EXTRALUMBAR</b>	Renales (cólico nefrítico, pielonefritis...) Gastrointestinales (pancreatitis, colecistitis...) Herpes Artrosis Otras

Tabla I. Causas de dolor lumbar (9).

## SIGNOS DE ALARMA

PROCESO	FACTOR DE RIESGO O CARACTERÍSTICA
Cáncer	Antecedentes de cáncer Edad >50 años Síndrome constitucional Dolor nocturno
Infección	Fiebre UDVP Cirugía previa Hemodiálisis Inmunosupresión Estancia hospitalaria
Fractura	Traumatismo Sexo femenino Edad avanzada Múltiples caídas Empleo de corticoides Osteoporosis
Aneurisma de aorta	Existencia de factores de riesgo cardiovascular Dolor no influido por movimiento o esfuerzo
Artropatías inflamatorias	Edad <40 años Dolor que no mejora en reposo
Compresión radicular	Retención de orina Anestesia en silla de montar Déficit motor progresivo Incontinencia urinaria o fecal Claudicación neurógena

Tabla II. Signos de alarma (6)

Como en la mayor parte de patologías, la historia clínica que realicemos es de carácter fundamental. El reto principal que encontramos en el diagnóstico de la lumbalgia consiste en diferenciar la gran mayoría de procesos benignos, que constituyen hasta el 95%, del restante 5% originado por patologías específicas que precisan un rápido y preciso tratamiento (Tabla I). Aquí es donde entran en juego los signos de alarma (Tabla II).

Hemos de tener en cuenta que en muchas ocasiones no encontraremos un diagnóstico específico, por ello es importante la realización de una anamnesis exhaustiva, así como la reevaluación periódica del paciente para así poder realizar la mejor aproximación diagnóstica posible. El valor de la anamnesis es de mayor utilidad que los datos de la exploración física de forma aislada. En muchas ocasiones, tanto las pruebas específicas como la exploración física sirven únicamente para confirmar las sospechas fundadas en la historia clínica (4).

### 2.3.1 Anamnesis

Como dijimos en el apartado anterior, la anamnesis es de mayor importancia que los datos obtenidos en la exploración física (4). Debemos recabar datos sobre (4):

- **Antecedentes personales:** factores de riesgo, enfermedades recientes, tratamiento actuales o pasados, patologías previas, actividad laboral etc.
- **Características del dolor:**

\* Mecánico: el dolor aumenta con el movimiento, palpación y ciertas posturas. Mejora con reposo, posturas y analgesia. Característico en patologías degenerativas.

\* Inflamatorio: el dolor es de tipo insidiosos, cambiante y progresivo. No presenta cambios con el reposo. Puede intervenir en el descanso nocturno. En ocasiones se acompaña de síntomas generales, según la patología que lo ocasione. Este suele ser característico de enfermedades reumáticas, tumores o infecciones.

\* Radicular: irradia a miembros inferiores y se asocia con síntomas sensitivo motores. La localización del dolor puede orientar la raíz afectada. Característico de estenosis del canal o hernia discal.

- **Síntomas acompañantes:** pérdida de peso, incontinencia, pérdida de fuerza etc. Según los síntomas pueden indicar mayor gravedad de la patología sospechada.

### **2.3.2 Exploración física**

Los test de palpación y movilidad no han demostrado que aporten una información importante respecto a la etiología del proceso. Además, presentan grandes dificultades a la hora de su realización y estandarización (2).

Test de Lasègue: este test se considera positivo cuando al realizar la flexión de la cadera entre 30-60°, con la rodilla en extensión, el paciente presenta dolor agudo irradiado hacia la pierna. Este test presentaba alta sensibilidad y baja especificidad (1).

En la exploración física, destacamos la importancia de la exploración neurológica, en la cual valoraremos la fuerza, sensibilidad y reflejos, en las que nos centraremos principalmente en las raíces L4, L5 y S1 (Tabla III) (7).

<b>RAÍZ</b>	<b>REFLEJO OSTEOTENDINOSO</b>	<b>FUERZA</b>	<b>SENSIBILIDAD</b>
<b>L4</b>	Rotuliano	Extensión de rodilla	Zona medial de la pierna y maleolo interno
<b>L5</b>	Ninguno	Flexión dorsal tobillo Extensión primer dedo pie	Zona dorsal del pie
<b>S1</b>	Aquíleo	Flexor plantar tobillo	Cara lateral del pie.

Tabla III. Exploración física de raíces L4, L5, S1 (9).

### **2.3.3 Pruebas de imagen**

La realización de pruebas de imagen, debe estar guiada por los hallazgos obtenidos en la anamnesis y la exploración física, ya sean de lumbalgia aguda como de crónica (Figura 1 y 2).

En la mayoría de pacientes con dolor lumbar, su uso no está recomendado de forma rutinaria o precoz, ya que no produce mejoría en las respuestas clínicas, así como produce una exposición innecesaria a radiaciones ionizantes y aumenta los costes asociados (5).

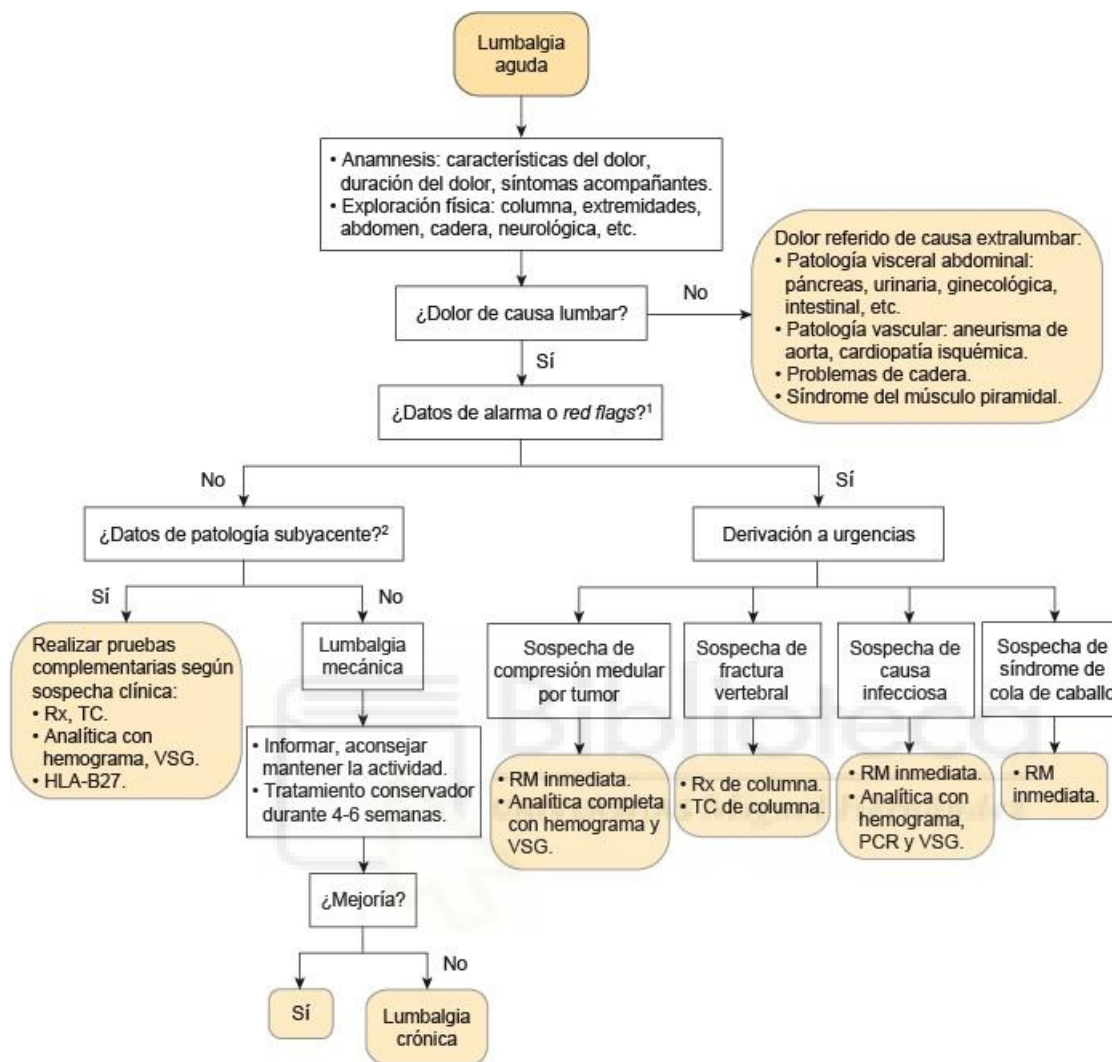
Sin embargo, si nuestra sospecha diagnóstica es una patología vertebral grave, las pruebas de imagen deben pedirse en la mayor brevedad posible y de forma diferida en caso de un dolor lumbar que empiece a ser subagudo o crónico sin una buena respuesta a un tratamiento conservador óptimo. En algunos casos de patologías específicas pueden ser útiles para identificar a paciente candidatos a tratamiento quirúrgico (7).

Los datos analíticos de forma general no suelen aportar información relevante para nuestra patología a estudio (7).



No existe relación causal entre los hallazgos radiográficos degenerativos existentes en columna lumbar con clínica de lumbalgia aguda.

La radiografía de columna lumbar está indicada en los casos en los que exista lumbalgia con sospecha de enfermedad grave, como cuando existen signos de alarma (1,2).



<sup>1</sup>Datos de alarma o *red flags*:

- Antecedentes de cáncer, pérdida de peso, dolor y sudoración nocturnos con déficits neurológicos acompañantes.
- Fiebre, inmunosupresión, antecedentes de infección, UDVP, cirugía previa, portador de catéter.
- Traumatismo previo, osteoporosis, tratamiento con corticoides, edad avanzada, dolor a la palpación de apófisis espinosas.
- Retención urinaria, incontinencia, anestesia en silla de montar, alteraciones neurológicas, claudicación neurógena.

<sup>2</sup>Datos de patología subyacente:

- Dolor de características inflamatorias.
- Clínica acompañante.
- Factores de riesgo de patología tumoral.

Figura 1. Algoritmo de manejo del dolor lumbar agudo (9).

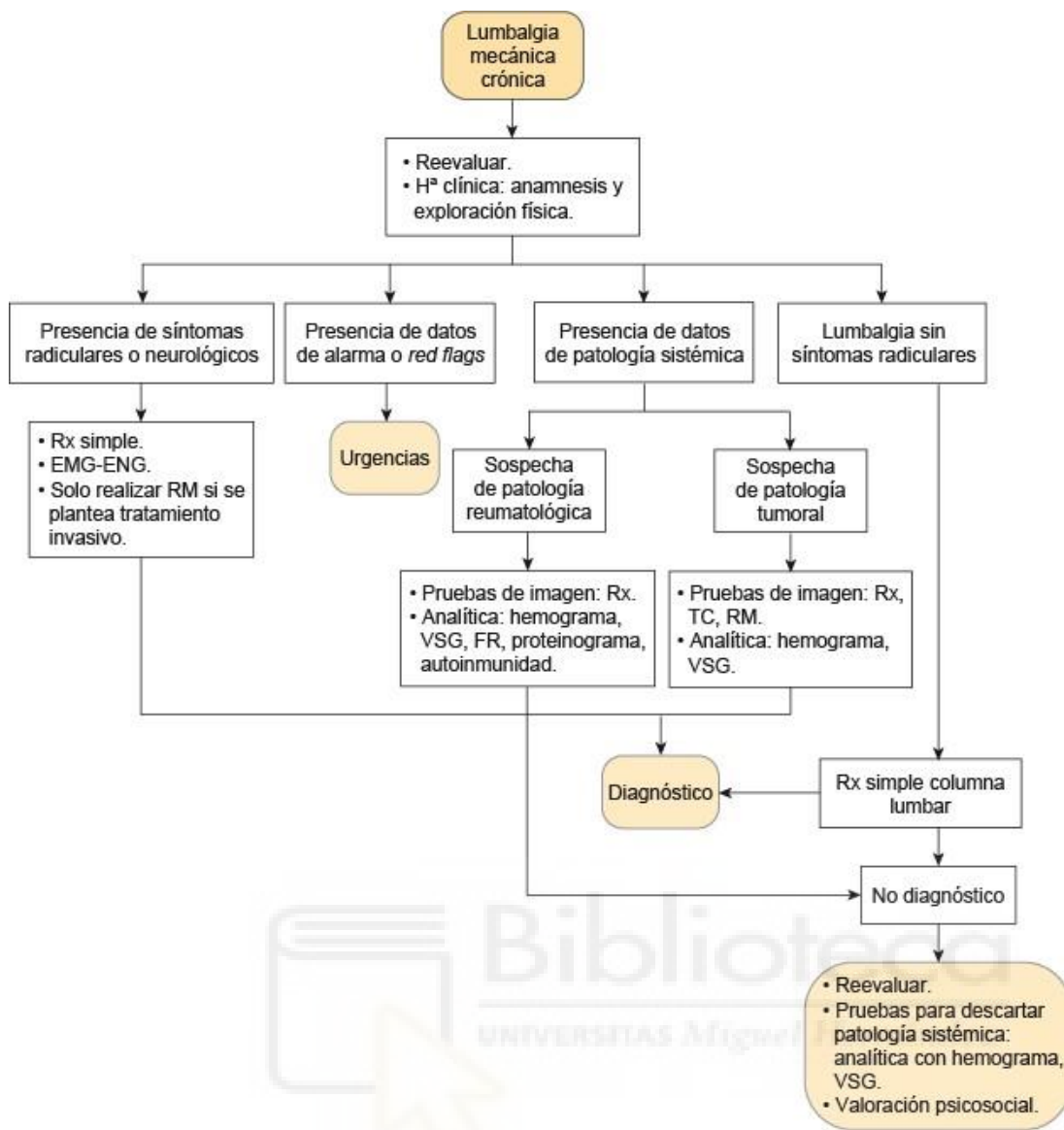


Figura 2. Algoritmo de manejo del dolor lumbar crónico (9).

## **2.4 Tratamiento**

Para el tratamiento de la lumbalgia, debemos tener en cuenta varias consideraciones importantes, que nos ayuden a encuadrar los resultados del tratamiento dentro de unas expectativas reales.

El dolor lumbar aguda suele ser, en la mayoría de los casos por una causa benigna, con tendencia a presentar una mejoría espontánea o curación autolimitada. Sin embargo, la persistencia de sintomatología y las recurrencias de enfermedad son bastante frecuentes.

Por este motivo, el enfoque en esta patología, no es un tratamiento curativo, sino más bien medidas que contribuyan a una mejoría de aquellos síntomas que ocasionen mayor limitación. Sobre todo, en las personas que presenten lumbalgia de características crónicas es importante la comprensión de la benignidad de su patología (8).

Para el tratamiento del dolor lumbar que dura más de 12 semanas, se recomienda como primera medida el tratamiento no farmacológico, como ejercicio, terapia psicológica y rehabilitación (10).

En el tratamiento de la lumbalgia, la cantidad de opciones terapéuticas es muy elevada, paradójicamente, su evidencia científica en cuanto a su efectividad es muy débil y en ocasiones contradictoria (10).

## **2.4.1 Tratamiento no farmacológico**

### **Informar a los pacientes**

Todas las guías de práctica clínica (GPCs) aconsejan informar a los pacientes acerca de la evolución de su patología, así como el pronóstico, en la mayoría de casos, favorable (8).

### **¿Vida activa o reposo?**

Se aconseja volver a realizar vida activa en el menor tiempo posible desde el inicio de la enfermedad, así como la reincorporación a su actividad laboral normal (en el caso de que fuese necesaria baja laboral) pese a persistencia de dolor lumbar (8).

### **Ejercicio físico y fisioterapia**

Este tratamiento de tipo conservador es el más usado en nuestra patología a estudio. En el dolor lumbar, se recomienda realizar una vida lo más activa posible, dentro de las limitaciones que puedan causar la enfermedad. El ejercicio físico resulta óptimo en la lumbalgia crónica y subaguda, al reducir el dolor y mejorar la funcionalidad, pero no tanto en la lumbalgia aguda. (14).

Hay estudios en los que aconsejan fisioterapia tanto en lumbalgia aguda como crónica (11).

No existen evidencias de que tipo de ejercicio físico es mejor para el tratamiento del dolor lumbar. La mejoría suele ser leve o moderada y además la adherencia al tratamiento suele ser baja. Si hablamos de la lumbociatalgia, la combinación de una terapia de ejercicio y fisioterapia muestra mejores resultados que el tratamiento convencional (15).

### **Termoterapia y manipulación vertebral**

El calor local puede ser útil para la disminución del dolor agudo o subagudo. Sin embargo, el frío, otras técnicas como TENS o corrientes interferenciales no presentan evidencias fuertes (16).

En cuanto a la manipulación vertebral, consigue mejoría del dolor y funcionalidad en el dolor lumbar agudo y reagudizaciones del dolor lumbar crónico (17).

En muchas ocasiones la decisión de optar por estas medidas suele ser de tipo coste económico, preferencias de los pacientes y profesionales sanitarios, seguridad y desestimación quirúrgica (18).

### **Otros tratamientos no quirúrgicos**

Tratamientos como acupuntura y relajación presentan una baja evidencia científica. Terapias psicológicas como la de tipo cognitivo-conductual puede presentar efecto coadyuvante al tratamiento farmacológico (18).

### **Prevención**

Algunos expertos recomiendan la implementación de un programa de entrenamiento en lumbalgia para llevar a cabo en Atención Primaria para reducir reagudizaciones de lumbalgia en ciertos grupos poblacionales, así como la aplicación de medidas de higiene postural (19).

## **2.4.2 Tratamiento farmacológico**

En los últimos años, las guías avalan cada vez menos el empleo de fármacos para el tratamiento del dolor lumbar, con algunas excepciones. En el dolor lumbar inespecífico y dolor radicular, los AINES constituyen la primera opción farmacológica, seguidos por los analgésicos u opioides débiles, durante cortos periodos de tiempo. Sin embargo, para el dolor lumbar crónico se suelen utilizar más terapias no farmacológicas y centradas en la causa o comorbilidades (20).

Las benzodiacepinas, pese a ser un fármaco muy utilizado en nuestro medio, no presenta estudios de calidad en los que se aconseje su uso y además no debemos olvidar sus riesgos (21).

Otros tratamientos como antidepresivos, antiepilépticos, corticoides, vitamina D y antibióticos presentan resultados controvertidos y su uso esta discutido (Tabla IV) (9).

	PRINCIPIO ACTIVO	EFFECTOS ADVERSOS
1º OPCIÓN	AINES	Gastrointestinales, cardiovasculares, renales
2º OPCIÓN	Paracetamol	Hepatotoxicidad a dosis altas
3º OPCIÓN	Paracetamol + Codeína	Estreñimiento, somnolencia
4º OPCIÓN	Tramadol	Estreñimiento, somnolencia
OTROS	Miorrelajantes, corticoides, antidepresivos	Somnolencia, cardiovasculares
Lumbalgia crónica o subaguda con factores de mal pronóstico funcional	Antidepresivos	Somnolencia, cardiovasculares, anticolinérgicos

Tabla IV. Tratamiento farmacológico de dolor lumbar

## **2.4.3 Tratamiento quirúrgico y terapias intervencionistas**

Para el tratamiento del dolor lumbar inespecífico, el papel que presenta tanto la cirugía, como otras terapéuticas intervencionistas tales como infiltraciones, denervaciones por radiofrecuencia, bloqueos etc., es limitado (22).

Los hallazgos encontrados en las pruebas de imagen y otras exploraciones complementarias no presentan una correlación estrecha con la clínica. Tampoco existe una gran precisión entre los métodos para identificar el origen anatómico del dolor. A todo esto, hemos de añadir, que la efectividad de los procedimientos actuales tanto quirúrgicos como intervencionistas son inciertos, de moderado o pequeño efecto, presentando con elevada frecuencia la no cesión completa de la sintomatología o limitaciones funcionales que precipitaron dicha intervención, por eso la cirugía se emplea como último recurso en la lumbalgia crónica inespecífica que no responde al resto de tratamientos (10).

Es importante tomar decisiones compartidas entre sanitario-paciente, otorgando una información detallada, valorando riesgos y beneficios y discutiendo los posibles resultados, teniendo en cuenta la incertidumbre en cuanto a efectividad y posibilidad de mejora (10).

En el caso del dolor lumbociático, la cirugía suele estar indicada para pacientes con hernia discal, en los que el dolor y la incapacidad son graves, a pesar de haber realizado un correcto tratamiento conservador y/o existe progresión o afectación neurológica. Se ha observado que la cirugía precoz en pacientes con ciática entre 6-12 semanas de evolución tiene como resultado una mejoría del dolor más rápida que el manejo conservador prolongado a corto plazo, aunque se equiparan con el paso del tiempo (10).

En pacientes con estenosis del canal, el curso clínico de la enfermedad no está claro. Pueden mejorar, permanecer con cierta estabilidad o empeorar. El tratamiento inicial aconsejado es tratamiento conservador, con la excepción de que exista déficit neurológico progresivo o síndrome de cola de caballo o que el dolor y la limitación sean severos y persistentes, en el cual, la cirugía descompresiva ha demostrado mejoría (10).

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

Se ha realizado un estudio de tipo revisión narrativa o “*narrative review*”, para el cual se han utilizado guías de práctica clínica tanto europeas, como australianas y americanas en conjunto con estudios posteriores obtenidos de diversas páginas de divulgación científica como Pubmed, SEMFYC, UPTODATE y Cochrane Library. En conjunto han sido utilizados para realizar una síntesis de la información relacionada con el tema en cuestión de directrices de actuación en lumbalgia.

En este estudio, al haber recogido la información de las fuentes mencionadas en el párrafo anterior entendemos que esta focalizado en países desarrollados, puesto que es donde se han realizado dichos estudios.

La recogida de datos se ha realizado al completo de forma informática. Por otra parte, el periodo de estudio ha sido realizado entre octubre de 2022 y mayo de 2023.

### **4. DISCUSIÓN**

En este estudio, analizamos las características principales de los pacientes afectados de dolor lumbar tales como epidemiología, curso clínico, pronóstico, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento.

Esta patología presenta una elevada prevalencia en la población general, siendo en la gran mayoría de casos procesos benignos, que no comprometen ni limitan la vida del individuo durante mucho tiempo. Además, esta enfermedad origina una gran pérdida económica, ya sea por el gasto ocasionado en diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en cuestión (en muchas ocasiones originados por la gran variabilidad tanto en diagnóstico como tratamiento por parte de los profesionales sanitarios) como por la pérdida de calidad de vida y absentismo laboral que produce (1.3).

Pese a que el pronóstico de la lumbalgia suele ser favorable, hay pacientes que presentan factores de riesgo, datos clínicos o síntomas de alarma que deben inquietarnos para poder diferenciar patologías que pueden ser potencialmente graves, para de esta forma realizar un diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible.

El diagnóstico diferencial principal que debemos realizar para descartar lumbalgias benignas con lumbalgias que nos inciten alarma es cáncer, infecciones, fracturas, aneurisma de aorta, artropatías inflamatorias y compresión radicular (6).

Nuestra principal arma para ayudarnos al diagnóstico de esta patología es la historia clínica, recalcando la importancia de realizar una anamnesis exhaustiva, buscando signos de alarma, así como una reevaluación periódica del paciente.

Tanto la exploración física, como las pruebas de imagen tienen un menor valor en la ayuda al diagnóstico, que la realización de una buena anamnesis. De hecho, en muchas ocasiones sirven únicamente como refuerzo para confirmar nuestra sospecha diagnóstica (4).

En la mayoría de pacientes que presentan dolor lumbar, el uso de pruebas de imagen no está recomendado de forma temprana, ya que no hay evidencia de que ocasionen una mejor respuesta clínica y además es causa de una mayor exposición a radiaciones y gasto económico (5). Solo en el caso de que nuestra sospecha inicial comprenda una patología grave se realizaran de forma precoz (7). Por otra parte, no existen datos de relación causal entre hallazgos radiográficos degenerativos en columna lumbar con clínica de lumbalgia aguda (1).

Para el tratamiento de esta patología debemos tener en cuenta que, en la mayoría de los casos, al tratarse de una patología benigna, es de corta duración y puede ceder de forma autolimitada o con analgesia leve. Sin embargo, la persistencia de los síntomas o las recurrencias son frecuentes. Por ello el objetivo principal a la hora de tratar esta patología, consiste en el alivio de los síntomas que limiten o deterioren la calidad de vida de nuestros pacientes (8).

Pese a presentar un gran arsenal terapéutico, la evidencia científica en cuanto al tratamiento es bastante contradictoria en muchas ocasiones (9).

Los principales tratamientos no farmacológicos consisten en informar a los pacientes acerca de la evolución de su enfermedad, la reincorporación a la vida activa en la mayor brevedad posible y la realización de ejercicio físico.

Para lumbalgias que presenten una duración de más de 12 semanas y que clasifiquemos como crónica, se recomienda ejercicio, terapia psicológica y rehabilitación como primera opción (10).

En cuanto al tratamiento farmacológico, el tratamiento de primer escalón son los AINEs seguidos de analgésicos como paracetamol y opioides débiles. Respecto al resto de fármacos empleados tales como corticoides, miorelajantes, antidepresivos y anticonvulsivantes presentan resultados muy variables y controvertidos por falta de evidencia sólida (10).

Por último, en cuanto al tratamiento quirúrgico hemos de individualizar y reservar estas opciones para paciente seleccionados, con unas características específicas tales como dolor crónico, gran incapacidad o fracaso del tratamiento conservador (10). Hemos de tener en cuenta que los resultados obtenidos cuando comparamos tratamiento conservador respecto a tratamiento quirúrgico se equiparan con el paso del tiempo. El retraso de la terapia quirúrgica no empeora el pronóstico de la enfermedad (10).

## **5. CONCLUSIONES**

1. La historia clínica es la herramienta más importante para establecer un buen diagnóstico.
2. Todas las GPCs aconsejan informar a los pacientes acerca de la evolución de su patología.
3. Es importante retomar la actividad diaria normal a la mayor brevedad posible.
4. El tratamiento conservador es el más empleado en nuestro medio y presenta buena evidencia científica.
5. El calor local puede ser útil para la disminución del dolor agudo o subagudo.
6. En el dolor lumbar inespecífico y dolor radicular, los AINEs constituyen la primera opción farmacológica, seguidos por los analgésicos u opioides débiles, durante cortos periodos de tiempo.
7. Para el dolor lumbar crónico se suelen utilizar más terapias no farmacológicas.
8. El uso de benzodiazepinas no presenta estudios de calidad.
9. Los antidepresivos, antiepilépticos y corticoides, presentan resultados controvertidos y su uso esta discutido.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Williamson OD, Cameron P. The global burden of low back pain. IASP; 2021.
2. Wheeler SG, Wipf JE, Stagier TO, Deyo RA, Jarvik JG. Evaluation of low back pain in adults. En: Atlas SJ, Kunins L, editors. UpToDate; 2021[consultado 18-02-2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-low-back-pain-in-adults>
3. Wu A, March L, Zheng X, Huang J, Wang X, Zhao J, et al. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Ann Transl Med.* 2020;8(6):299. PubMed PMID: 32355743.
4. Kreiner DS, Matz P, Bono CM, Cho CH, Easa JE, Ghiselli G, et al. Guideline summary review: a evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of low back pain. *Spine J.* 2020;20(7):998-1024. PubMed PMID: 32333996.
5. Jarvik JG, Gold LS, Comstock BA, Heagerty PJ, Rundell SD, Turner JA, et al. Association of early imaging for back pain with clinical outcomes in older adults. *JAMA.* 2015;313(11):1143-53. PubMed PMID: 25781443.
6. Finucane LM, Downie A, Mercer C, Greenhalgh SM, Boissonnault WG, Pool-Goudzwaard AL, et al. International framework for red flags for potential serious spinal pathologies. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2020;50(7):350-72. PubMed PMID: 32438853.
7. Hernández Rodríguez MA, Moreno Valentín G, coordinadores. Recomendaciones clínicoasistenciales para abordaje integral de la lumbalgia. Gobierno de Canarias; Servicio Canario de Salud; 2014.
8. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet.* 2017;389(10070):736-47. PubMed PMID: 27745712
9. Guía Fisterra sobre Lumbalgia [Internet]. Fisterra.com. [Actualizado en noviembre 2021 citado en 2023]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/lumbalgia/>
10. Chou R. Subacute and chronic low back pain: Nonpharmacologic and pharmacologic treatment. En: Atlas SJ, Kunins L, editors. UpToDate; 2021[consultado 1-2-2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/subacute-and-chronic-low-back-pain-nonpharmacologic-and-pharmacologic-treatment>
11. Sánchez M. Fisioterapia y dolor lumbar inespecífico. *Npunto.* 2021;4(35):68-85.
12. Karran EL, Grant AR, Moseley GL. Low back pain and the social determinants of health: a systematic review and narrative synthesis: A systematic review and narrative synthesis. *Pain.* 2020;161(11):2476-93. PubMed PMID: 32910100
13. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet.* 2012;379(9814):482-91. PubMed PMID: 21982256
14. Hartigan C. Exercise-based therapy for low back pain. En: Atlas SJ, Kunins L, editors. UpToDate; 2021[consultado 4-3-2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/exercise-based-therapy-for-low-back-pain>

15. Fritz JM, Lane E, McFadden M, Brennan G, Magel JS, Thackeray A, et al. Physical therapy referral from primary care for acute back pain with sciatica: A randomized controlled trial. *Ann Intern Med.* 2021;174(1):8-17. PubMed PMID: 33017565.
16. Pérez Torres F, Pérez Caballero P, Núñez-Cornejo Palomares C, Ibáñez Juliá MJ, López Buades TL, Juliá Mollá C, et al. Lumbalgia. En: Belmonte MA, Castellano JA, Román JA, Rosas JC, editores. *Enfermedades Reumáticas. Actualización SVR II.* Valencia: SVR; 2013. p. 741-68. Disponible en: <https://svreumatologia.es/enfermedades-reumaticas-actualizacion-svr-edicion-2013/>
17. Paige NM, Miake-Lye IM, Booth MS, Beroes JM, Mardian AS, Dougherty P, et al. Association of Spinal Manipulative Therapy With Clinical Benefit and Harm for Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2017;317(14):1451-60. PubMed PMID: 28399251.
18. Soleymani A, Masjedi Arani A, Raeissadat SA, Davazdahemami MH. Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Galen Med J.* 2020;9:e1722. PubMed PMID: 34466577.
19. Calatayud J, Guzmán-González B, Andersen LL, Cruz-Montecinos C, Morell MT, Roldán R, et al. Effectiveness of a group-based progressive strength training in primary care to improve the recurrence of low back pain exacerbations and function: A randomised trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(22):8326. PubMed PMID: 33187076.
20. Corp N, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Morsø L, Hill JC, et al. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *Eur J Pain.* 2021 Feb;25(2):275-295. PubMed PMID: 33064878.
21. Cashin AG, Folly T, Bagg MK, Wewege MA, Jones MD, Ferraro MC, et al. Efficacy, acceptability, and safety of muscle relaxants for adults with non-specific low back pain: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2021;374:n1446. PubMed PMID: 34233900
22. Knezevic NN, Manchikanti L, Urits I, Orhurhu V, Vangala BP, Vanaparthi R, et al. Lack of Superiority of Epidural Injections with Lidocaine with Steroids Compared to Without Steroids in Spinal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Physician.* 2020 Aug;23(4S):S239-S270. PubMed PMID: 32942786.