

para el Bello.Cat

UN DECÁLOGO PARA EL DOLOR LUMBAR, ADULTO E INFANTO-JUVENIL, EN ATENCIÓN PRIMARIA

Jorge Bello *et al*

Institut Català de la Salut. Centro de atención primaria El Maresme, Mataró, Barcelona

Resumen. El dolor lumbar se presenta actualmente como un problema de relevancia creciente porque su prevalencia entre personas de edad laboral es cada vez más alta. Este artículo presenta los diez puntos que se consideran más importantes desde la perspectiva de la atención primaria; en éstos se incluyen las nuevas guías clínicas (que jerarquizan los tratamientos no farmacológicos sobre aquéllos que de entrada sí lo son), y la situación del dolor lumbar infanto-juvenil. Y reflexiona sobre la posibilidad de que el dolor lumbar infanto-juvenil evolucione luego a dolor lumbar o ciático en la vida adulta.

Palabras clave. Lumbalgia, dolor lumbar, dolor lumbar inespecífico, discapacidad, tratamiento, dolor lumbar infanto-juvenil.

Introducción

El dolor lumbar es frecuente y suele implicar algún grado de discapacidad. El diagnóstico es clínico. El tratamiento suele tener algo de empírico y en parte está basado en la propia experiencia, puesto que el dolor lumbar continua siendo, en la mayoría de los casos, de etiología desconocida. Mucho se ha dicho y mucho se opina sobre el tema del dolor lumbar, un campo en el cual disciplinas tan diversas como el yoga y la fisioterapia, la acupuntura y la psicología conductual también tienen una voz autorizada en virtud de la propia experiencia acumulada. La experiencia, tanto la propia como la ajena, es aquéllo que nos hace sabios. Y es en la suma infinita de estas experiencias (sistematizadas, estudiadas, protocolizadas y luego presentadas en sociedad) donde se encuentran las claves que la atención primaria necesita para ofrecer alivio, que no curación, para los pacientes que padecen este dolor lumbar agudo o crónico, repetido, complejo, misterioso.

En este contexto, el *Lancet Low Back Pain Series Working Group* publicaba en junio de 2018 una serie de tres artículos,¹⁻³ precedidos de una presentación,⁴ que nos recuerdan buena parte de lo se sabe, a la luz de la evidencia científica, sobre el dolor lumbar y sobre la discapacidad que éste con frecuencia conlleva. Nos recordaban así qué es lo que debemos hacer en cada caso y, por contra, qué es lo que no debemos hacer porque no vale la pena hacerlo, o porque implica un riesgo innecesario para el paciente.

El valor del tratamiento no farmacológico, al menos inicial, ya fue presentado como una opción terapéutica válida para los numerosos pacientes que consultan por este motivo en atención primaria.^{5,6} Fisioterapia y yoga se perfilan aquí como de valor equivalente para mejorar el dolor y la función del paciente con dolor lumbar.⁷ La última guía americana sobre el control del dolor lumbar⁸ y la extensa revisión que la precede,⁹ ambas del 2017, también apuntan en este sentido. En

paralelo, un abordaje psicológico del paciente resulta de particular trascendencia cuando el dolor es de larga duración y conlleva algún grado de discapacidad; el tratamiento cognitivo conductual es entonces una opción complementaria válida.^{10,11}

No será inútil recordar que dolor lumbar, lumbalgia, lumbago, dolor de cintura o *low back pain* es el dolor característico en la zona lumbar, desde la última costilla hasta la zona glútea. El dolor suele incluir la zona glútea, y también puede comprometer el miembro inferior. El término ciática hace referencia al componente radicular de dolor o parestesias en el miembro inferior, pero pacientes y profesionales usan esta palabra con poca precisión, y se prefiere entonces dejarla de lado y hablar de dolor radicular o de radiculopatía, según el caso.

El concepto de dolor radicular implica la presencia de dolor en el territorio de inervación de la raíz comprometida. Implica más dolor en el miembro inferior que en la zona lumbar (donde puede incluso no haber dolor), e implica también la exacerbación del dolor con la tos, los estornudos y el signo de Lasègue. El concepto de radiculopatía implica debilidad, y pérdida o disminución de la sensibilidad o de los reflejos en el territorio de inervación de la raíz nerviosa afectada. Los pacientes con dolor radicular o con radiculopatía suelen estar clínicamente peor, y suelen evolucionar peor que aquéllos que sólo tienen dolor lumbar.

Se habla de dolor lumbar inespecífico cuando no es posible demostrar la lesión que causa el dolor, cosa que ocurre en la mayoría de los casos.¹ El concepto de discapacidad, por su parte, queda definido por la Organización Mundial de la Salud como la objetivación que hace el individuo de su propia deficiencia, la cual tiene repercusión directa en su capacidad de realizar las actividades que se consideran normales para un individuo de similares características.

Este artículo propone a continuación un decálogo para el dolor lumbar, y lo hace desde la perspectiva de la actividad asistencial que es propia de la atención primaria, puesto que es aquí donde son vistos la mayoría de los pacientes con dolor lumbar. De los diez puntos del decálogo, nueve refieren a los adultos, y el décimo refiere a la situación y las perspectivas del dolor lumbar infanto-juvenil.

1. Intensidad y evolución

Muchos episodios de dolor lumbar son únicos y evolucionan rápida y completamente. Pero otros lo hacen de manera repetida, una y otra vez, y evolucionan provocando discapacidad. Por este motivo, hoy se tiende a considerar el dolor lumbar como una única entidad (y no como una serie de episodios independientes) que puede evolucionar de manera crónica mediante episodios o brotes de dolor y discapacidad que se repiten con una frecuencia, intensidad y duración variables.^{1,2} Aproximadamente la mitad de los pacientes que son atendidos en atención primaria presentan episodios repetidos de dolor leve o moderado; unos se recuperan, pero otros persisten con dolor y evolucionan hacia dolor más intenso y discapacidad. Muchos pacientes consideran que están mejor antes de cumplirse las seis primeras semanas de evolución; afirman luego

que el dolor ya les resulta leve antes del año. Un tercio de los pacientes presenta otro episodio similar dentro del año de haber tenido el anterior.¹

2. Imágenes y lesiones

En la mayoría de los casos, las imágenes de radiografía, tomografía computada y resonancia magnética de la columna lumbo-sacra no presentan lesiones que justifiquen el cuadro clínico del paciente. Cuando sí se observan lesiones, éstas podrían ser la causa del dolor pero es igualmente posible que no lo sean puesto que las mismas lesiones se observan también en pacientes asintomáticos. Y la evolución del dolor lumbar no suele coincidir con la situación evolutiva de estas lesiones. Se piensa entonces que no son la causa, ni del dolor ni de la discapacidad, o al menos no serían la causa principal. Tal vez se necesite un componente inflamatorio sobregregado para que los síntomas se manifiesten con suficiente elocuencia. La contractura muscular sería así una consecuencia, más que una causa, aunque causa y consecuencia pueden alimentarse mutuamente en un círculo vicioso. Una hernia de disco, junto con un componente de inflamación local, es la causa más frecuente de dolor radicular o radiculopatía, pero las imágenes de hernia discal también son un hallazgo frecuente en pacientes asintomáticos.^{1,2}

En una pequeña minoría de casos (del 1 al 5% según los autores), el dolor lumbar es secundario a una fractura, o a un proceso maligno, inflamatorio o infeccioso¹²⁻¹⁴ (tabla 1, pág. 11). Estos casos de dolor lumbar son específicos, son secundarios, y requieren una consideración diagnóstica y terapéutica obviamente diferente.^{1,15}

3. Dolor y entorno socio-laboral

El hecho de no poder demostrar patología de la columna lumbo-sacra como causa evidente del dolor lumbar en la mayoría de los casos, y la observación meticulosa del paciente y del entorno socio-laboral en que se mueve cada día, hacen pensar que el dolor lumbar es una entidad que resulta de la compleja interacción de factores genéticos, biofísicos, de comorbilidad, sociales y psicológicos.¹ La particular, y muy personal percepción del dolor y de la discapacidad que siente cada paciente en concreto también son factores etiológicos sobre los que cabe actuar para controlar todo el proceso.^{1,10,11}

4. Riqueza y pobreza

La prevalencia del dolor lumbar aumenta en todo el mundo, sobre todo entre las personas de edad laboral. Este aumento es más marcado en los países de renta media y baja, precisamente donde los recursos de salud son más limitados y donde la discapacidad recibe menos protección social. El dolor lumbar y la discapacidad laboral que suele conllevar contribuyen de esta manera a perpetuar allí el círculo vicioso de la pobreza.

Algunas voces procedentes de países de renta alta admiten un *mea culpa*, remordimientos, por haber importado, a los países de renta media y baja, un costoso y equivocado modelo de atención al dolor lumbar que de entrada incluye técnicas de imagen, medicación como primera actitud terapéutica, y ciertos procedimientos invasivos con poco nivel de evidencia científica. Sin embargo, es

bien posible que el control del dolor lumbar de la mayoría de los casos se pueda lograr en el contexto de la atención primaria, con métodos más baratos y más al alcance de todos; métodos que consideren al paciente en su conjunto y a su entorno como un todo inseparable. En Europa, el dolor lumbar y la discapacidad que conlleva son la causa primera de baja laboral y de retiro anticipado.^{1,3} Se ve entonces que el control del dolor lumbar trasciende el ámbito estrictamente individual porque tiene repercusión en la comunidad.

5. Teoría y práctica

Resulta paradójico observar, y comprobar que hay una discordancia entre la realidad cotidiana y las recomendaciones que proponen las guías para el manejo del dolor lumbar. Éstas dicen, y bien que lo sabemos, que se puede controlar adecuadamente el paciente en atención primaria pero, no obstante, no son pocas las consultas al especialista y en los servicios de urgencias de hospital. Las técnicas de imagen para el diagnóstico se recomiendan para cuando haya sospecha de dolor lumbar específico o secundario, pero parecen ser frecuentes. La primera opción terapéutica no es la medicación, pero suele serlo, tal vez porque los pacientes lo prefieren así y presionan al médico en este sentido; los opiáceos son una opción arriesgada, pero en algunos contextos son cada vez más frecuentes. La cirugía y otros procedimientos intervencionistas son de uso limitado, para pacientes seleccionados, pero aún así se observan con cierta frecuencia. Se recomienda aconsejar un programa sistemático y controlado de ejercicios y de terapia física, así como identificar para luego modificar los puntos adversos del entorno biofísico y social del paciente, pero esto no siempre es así. Esta paradoja entre la teoría y la práctica es del todo comprensible, y convida a una reflexión.

6. Tratamiento farmacológico y no farmacológico

Para los casos de dolor lumbar inespecífico, las guías terapéuticas actuales recomiendan un modelo de atención que incluye lo bio-psico-social puesto que, por una parte, resulta evidente la asociación que se establece entre lo físico y estos tres factores: lo biológico, lo psicológico y lo social. Y, por otra parte, lo hacen en previsión de una posible perspectiva futura de episodios repetidos de dolor y discapacidad.

Nadine Foster et al² aseguran que «Actualmente se pone un gran énfasis en los auto-cuidados del paciente, en las terapias físicas y psicológicas, y en algunas formas de medicina complementaria. Y se pone menos énfasis en los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos. Las guías promueven los tratamientos activos que se dirigen a los factores psicológicos del problema, y que intentan mejorar los movimientos del paciente. Este cambio en cómo se entiende ahora el buen manejo del dolor lumbar se observa en tres guías modernas, que proceden de Dinamarca,¹⁶ de Estados Unidos de América⁸ y de Gran Bretaña.¹⁷ La reducción en el énfasis que se pone en la medicación se observa en la guía americana, que recomienda un tratamiento no farmacológico como la primera opción terapéutica, y reserva en consecuencia el tratamiento con fármacos para los pacientes en quienes el tratamiento no farmacológico inicial no haya tenido buen resultado. Estas guías avalan tanto el ejercicio (las tres guías) como otras terapias no farmacológicas, solas o en combinación, como son el masaje (guía americana

e inglesa), la acupuntura (americana), la manipulación espinal o quiropraxis (las tres), y el Tai Chi y el yoga (americana)».

Estas guías recomiendan entonces tratamiento farmacológico para los casos que no responden a la primera línea terapéutica. El paracetamol, antes recomendado como de primera línea para el dolor lumbar, ahora ya no lo está puesto que se ha visto que no es efectivo.^{8,17,18} Los anti-inflamatorios no esteroideos son la alternativa, pero siempre considerando sus efectos secundarios, y durante el menor tiempo posible, y a la menor dosis que sea efectiva. Los opiáceos deben usarse exclusivamente en pacientes seleccionados y durante el menor tiempo posible. El papel de los tratamientos intervencionistas queda limitado para pacientes bien seleccionados puesto que sus resultados presentan diferencias según los autores. Las guías antes mencionadas no recomiendan las infiltraciones de manera sistemática porque consideran que el efecto es efímero, y por la pequeña posibilidad de efectos secundarios importantes^{2,19} (tabla 2, pág. 12).

7. Ejercicio y costumbres

El ejercicio, entendido como una actividad física sistemática y controlada, personalizada para cada paciente, es la medida de prevención que tiene más nivel de evidencia. Otras medidas como la educación en el entorno laboral, los muebles llamados ergonómicos, los cinturones lumbares, la recomendación de no levantar pesos, entre otras, tienen poca base científica, pero no por ello se deben descartar. La educación sanitaria, por sí sola, se ha visto poco efectiva pero gana considerable valor en el contexto de un programa de ejercicios.^{2,3} En la infancia, los muebles escolares ergonómicos se consideran razonablemente efectivos para la prevención del dolor lumbar, aunque con poca evidencia.²

8. Yoga y fisioterapia

Son diversos los estudios^{9,20,21} que remarcan la utilidad del yoga como disciplina complementaria que ayuda a controlar el dolor lumbar crónico inespecífico y a mejorar la función del paciente. Fisioterapia y yoga resultan aquí válidos de manera equivalente. El yoga, en particular, parece incidir más en el concepto de lo holístico, que es donde hoy se tiende a ubicar al dolor lumbar, puesto que es una práctica que combina ciertas posiciones físicas de estiramiento con ejercicios respiratorios y meditación. El criterio que se usa para establecer un nivel de eficacia comparable entre el yoga, como terapéutica no antes reconocida oficialmente para el dolor lumbar, y la fisioterapia, como terapéutica ya bien establecida y reconocida, es el de no inferioridad, *non-inferiority*, que es un criterio relativamente nuevo y aceptado al más alto nivel.²² Se ha observado también que los pacientes en tratamiento con fisioterapia o que asisten a sesiones de yoga son más proclives a disminuir o incluso a dejar la medicación analgésica o anti-inflamatoria. Y que son los pacientes de recursos limitados y de etnias no dominantes en la comunidad los que tienen tendencia a confiar más en la fisioterapia y en el yoga que en la medicación convencional y en los tratamientos intervencionistas.

9. Perspectiva y participación

Cabe esperar que la prevalencia del dolor lumbar y su discapacidad continuen en una espiral ascendente puesto que la población general tiende cada vez más a la vida sedentaria, a la vida urbana, en general privada de suficiente actividad física. Este factor, al que se le suma una esperanza de vida activa cada vez más larga, serían responsables de la pervivencia del dolor lumbar en la comunidad. En este contexto también cabe esperar que nuevas voces reclamen participación en el modelo de atención a este problema; estas voces serán bienvenidas si se fundamentan en la evidencia científica o en la experiencia contrastada.²³ Así, tanto profesionales de la salud como gestores de la sanidad deben trabajar juntos para afrontar la perspectiva de cada vez más personas con discapacidad por dolor lumbar crónico; esto, por tanto, también debe ser visto como un problema de salud pública.³ Por otro lado, tanto la divulgación mediática como la educación en el entorno laboral y de la comunidad ya han comenzado.²⁴ Aquí y allí, se trata de ver cómo afrontar entre todos el dolor lumbar con aceptables perspectivas a mediano y largo plazo.

Y tanto a escala individual como a escala de la comunidad, se plantea el nuevo concepto de *positive health*, salud en positivo,²⁵ para el manejo del dolor lumbar inespecífico con miras a prevenir la discapacidad y sus consecuencias, individuales y colectivas. Presentado por Huber et al en 2016, este concepto implica «la capacidad de adaptación y de auto-gestión frente a los desafíos sociales, físicos y emocionales». Así, el modelo de atención que se plantea para el problema del dolor lumbar presente y futuro abarca mucho más que tan sólo la intención de quitar el dolor y el énfasis que este buen propósito hace en la medicación. Se ha visto que mejorar las condiciones socio-económicas de la comunidad y promover un estilo de vida diferente, con más actividad física y menos exigencias en que la medicina y el médico son quienes deben solucionar los problemas, implican una reducción en la incidencia y por tanto en la prevalencia del dolor lumbar crónico y la discapacidad que suele conllevar.^{3,26,27} En este cambio de modelo, en el cual el paciente adquiere más protagonismo y responsabilidad, y que incluso aprende a convivir con un cierto dolor, el hecho de limitar el reposo al mínimo que indique el sentido común y promover un razonable regreso precoz a las actividades cotidianas, sociales y laborales, son recomendaciones bien conocidas que continúan teniendo plena vigencia.²⁸⁻³⁰

10. Dolor lumbar infantil y juvenil

El interés por el dolor lumbar en niños y jóvenes escolares ha ido aumentando en los últimos años, y de manera considerable.³¹ El estudio de Watson et al,³² analiza 1446 niños y niñas de 11 a 14 años, de 18 escuelas británicas gratuitas, rurales y urbanas, y encuentra una prevalencia de casi el 24% de dolor lumbar (definido como al menos un día de dolor lumbar en el mes previo); la prevalencia entre las niñas fue mayor que entre los niños, y esta diferencia se vio más marcada según más edad. Factores mecánicos como la actividad física o el peso de la mochila escolar no se asociaron en este estudio con el dolor lumbar, pero sí lo hicieron factores como problemas emocionales o de conducta, dolor de cabeza o abdominal, o el cansancio a lo largo del día. Estos autores no encontraron relación entre el valor del índice de masa corporal y el dolor lumbar.

Poco tiempo después, G. Jones et al,³³ mediante una exhaustiva búsqueda bibliográfica, concluyen que el dolor lumbar en la infancia es una situación

común, y que la prevalencia aumenta conforme aumenta la edad, sobre todo entre las niñas. En la mayoría de casos el cuadro se considera inespecífico; en sólo una minoría fue posible identificar una causa concreta que justifique el dolor. También en este estudio se observó que el peso de la mochila no guarda una relación de causa y efecto con el dolor lumbar, pero que en cambio este dolor sí se asocia a factores psicosociales y de comportamiento. Pese a que muchos niños admitían que el dolor lumbar fue un impedimento para las actividades cotidianas, las consultas al médico por este motivo fueron pocas.

El meta-análisis de Calvo-Muñoz et al,³⁴ de la Universidad de Murcia (España), observa que la prevalencia del dolor lumbar infanto-juvenil es más alta en estudios recientes y metodológicamente mejores; esto podría indicar que aumenta tanto el interés por el tema como mejora el método del estudio, pero también podría indicar un aumento real de los casos de dolor lumbar en la población de niños y adolescentes, tal vez relacionado, en opinión de los autores, con el incremento de la vida sedentaria y la obesidad. Que la prevalencia del dolor lumbar está en aumento en la población infantil y juvenil parece la conclusión más realista, y coincide con otros estudios realizados en diversos lugares del mundo. De manera global, la prevalencia que arroja el citado meta-análisis varía entre el 12 y el 36%. En cuando a la diferencia de género, algunos estudios de este meta-análisis apuntan a una más alta prevalencia entre las niñas, otros estudios apuntan en sentido contrario, y otros, por fin, no encuentran diferencia por sexo.

Por último cabe destacar el estudio de M Jones et al.³⁵ Analiza 500 niños y adolescentes de entre 10 y 16 años de siete escuelas británicas, y observa una prevalencia de dolor lumbar del 40%. Los episodios de dolor lumbar fueron breves en muchos casos y en general no implicaron discapacidad. Pero hubo un 13% de casos en que el dolor fue recurrente y sí implicó discapacidad: entiéndase aquí la discapacidad como el imperativo de faltar a clase o de suspender una actividad social o deportiva por causa del dolor de espaldas.

Reflexión

Queda visto, entonces, que el dolor lumbar en el tiempo infanto-juvenil es una situación que necesita atención y estudio. Entre otros aspectos, será útil saber en qué medida el dolor lumbar infantil es luego adolescente y más tarde dolor lumbar adulto. En qué medida el hecho de tener que quedarse en casa y faltar a clase por causa del dolor (o sea, discapacidad), o tener que perderse una actividad social o deportiva durante los años jóvenes (ídem), es el germen de la discapacidad laboral por causa lumbar o ciática de los tiempos adultos. Es decir, cuánto dolor lumbar o ciático, adulto, era dolor lumbar ya de niño o adolescente. Algunos tenemos la sensación de que, en efecto, lo lumbar y ciático del adulto ya era lumbar en tiempo infanto-juvenil. Cabe profundizar en este sentido.

BIBLIOGRAFIA

1. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018; 391: 2356-67.
2. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018; 391: 2368-83.

3. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, et al. Low back pain: a call for action. *Lancet*. 2018; 391: 2384-88.
4. Clark S, Horton R. Low back pain: a major global challenge. *Lancet*. 2018; 391: 2302.
5. Rodríguez Alonso J, Bueno Ortiz J, Humbría Mendiola A. Abordaje diagnóstico y terapéutico de la lumbalgia en atención primaria. *FMC*. 2001; 8: 152-63.
6. Reig Mollá B, Sanfélix Genovés J. Evidencias en el tratamiento no farmacológico de las lumbalgias. *FMC*. 2005; 12: 325-30.
7. Saper RB, Lemaster C, Delitto A, et al. Yoga, physical therapy, or education for chronic low back pain: a randomized non-inferiority trial. *Ann Intern Med*. 2017; 167: 85-94.
8. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Non-invasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017; 166(7): 514-30.
9. Chou R, Deyo R, Friedly J, et al. Non-pharmacologic therapies for low back pain: a systematic review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2017; 166(7): 493-505.
10. Buil Cosiales P. El tratamiento cognitivo conductual mejora los resultados en los pacientes con lumbalgia subaguda o crónica. *FMC*. 2010; 17: 628-9.
11. Del Río E, Herrero R, Enrique A, et al. Tratamiento cognitivo conductual en pacientes con dolor lumbar en salud pública: estudio piloto. *RPPC (Revista de Psicopatología y Psicología Clínica)*. 2015; 20: 231-8.
12. Misra A. A 58-year-old woman with paresthesia and weakness of the left foot and abdominal wall. *N Engl J Med*, oct. 25, 2018.
<https://www.nejm.org/doi/story/10.1056/feature.2018.10.22.100069?query=TOC>
13. Cho C, Goto M. Spinal brucellosis. *N Engl J Med* 2018; 379: e28 (DOI: 10.1056/NEJMicm1803513).
14. Sastre I, Landi L, Moulín L, Francia H. Linfangioma quístico mesentérico: reporte de caso. *Revista del Colegio de Médicos de Santa Fe (1º C., Argentina)* 2019; 6: 23-5.
15. Ishaq Humaid W, Martínez Villena B, Gómez Marco JJ. Lumbalgia... ¿algo más? *FMC*. 2009; 16(10): 641.
16. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, et al. National clinical guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J*. 2018; 27: 60-75.
17. UK National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. Nov 2016. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59> [consultado: 21/08/18].
18. Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, et al. Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials. *BMJ*. 2015; 350: h1225.
19. Patrick N, Emanski E, Knaub MA. Acute and chronic low back pain. *Med Clin North Am*. 2016; 100: 169-81.
20. Tekur P, Singphow C, Ramarao H, et al. Effect of short-term intensive yoga program on pain, functional disability and spinal flexibility in chronic low back pain: a randomized control study. *J Altern Complement Medicine*. 2008; 14(6): 637-44.

21. Sherman K, Cherkin D, Erro J, et al. Comparing yoga, exercise and a self-care book for chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Ann Intern Med.* 2005; 143: 849-56.
22. Schumi J, Wittes JT. Through the looking glass: understanding non-inferiority. *Trials.* 2011; 12: 106. DOI: 10.1186/1745-6215-12-106.
23. Palacios Soler L. ¿Es efectivo el calor local en la lumbalgia? *AMF.* 2014; 10(4): 222-3.
24. Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. Population based intervention to change back pain beliefs and disability. *BMJ.* 2001; 322: 1516-20.
25. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, et al. Towards a "patient-centred" operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open* 2016; 5: e010091.
26. Loisel P, Lemaire J, Poitras S, et al. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management. *Occup Environ Med.* 2002; 59: 807-15.
27. Blyth F, March L, Nicholas M, et al. Self-management of chronic pain: a population-based study. *Pain.* 2005; 113: 285-93.
28. Zamora Sánchez MV, Bordas Julve JM. Lumbalgia crónica inespecífica. *FMC.* 2009; 16(10): 636-9.
29. Martín Martín P. ¿El reposo mejora la lumbalgia aguda? *AMF.* 2011; 7(1): 44-5.
30. Toye F, Seers K, Allcock N, et al. Patients' experiences of chronic non-malignant musculoskeletal pain: a qualitative systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013; 63: e829-41.
31. Balagué F, Dudler J, Nordin M. Low-back pain in children. *Lancet.* 2003; 361(9367): 1403-4.
32. Watson KD, Papageorgiou AC, Jones GT, et al. Low back pain in schoolchildren: the role of mechanical and psychosocial factors. *Arch Dis Child.* 2003; 88: 12-7.
33. Jones GT, Macfarlane GJ. Epidemiology of low back pain in children and adolescents. *Arch Dis Child.* 2005; 90(3): 312-6.
34. Calvo-Muñoz I, Gómez-Conesa A, Sánchez-Meca J. Prevalence of low back pain in children and adolescents: a meta-analysis. *BMC Pediatr.* 2013;13: 14. DOI: 10.1186/1471-2431-13-14.
35. Jones MA, Stratton G, Reilly T, et al. A school-based survey of recurrent non-specific low-back pain prevalence and consequences in children. *Health Educ Res.* 2004; 19(3): 284-9.

VÉASE TAMBIÉN:

- Bailey C, Rasoulinejad P, Taylor D et al. Surgery versus conservative care for persistent sciatica lasting 4 to 12 months. *N Engl J Med* 2020; 382: 1093-102 / DOI: 10.1056/NEJMoa1912658.
- Schoenfeld A, Kang J. Decision making for treatment of persistent sciatica. *N Engl J Med* 2020; 382:1161-62 / DOI: 10.1056/NEJMe2000711.
- Bello, J. Sobre el mal d'esquena. *Menorca Es Diari*, 19/07/18. <https://menorca.info/opinion/firmas-del-dia/2018/07/19/634711/sobre-mal-esquena.html>

- Bello J. Sobre el mal d'esquena. / Sobre el dolor de espaldas. / BelloCat.
<http://bello.cat/ind20180715.html>

- El País / Fumar y otras 11 cosas por las que nos duele la espalda (12 fotos con texto) / Cómo identificar el dolor y cómo tratarlo / Cristina Bisbal Delgado / 9-oct-2018.
https://elpais.com/elpais/2018/10/08/album/1539008255_177742.html

* * *

Barcelona, julio de 2018 / marzo de 2020.

Tabla 1. Etiología del dolor lumbar específico o secundario. (Modificado de Hartvigsen et al.¹)

Fractura vertebral. La fractura vertebral sintomática relacionada con la osteoporosis es una situación rara por debajo de los 50 años de edad, pero a partir de aquí la frecuencia aumenta rápidamente. El riesgo de que un dolor lumbar sea causado por este tipo de fractura es más relevante en hombres de más de 65 años o en mujeres de más 75, y en hombres o mujeres en tratamiento prolongado con corticoides.

Proceso maligno. Las metástasis vertebrales se observan en un pequeño porcentaje de pacientes con cáncer (de 3 a 5%), y casi todos los tumores espinales son metastásicos (97%). El antecedente de cáncer pasado o presente es el indicador más útil para pensar en este diagnóstico como causa del dolor lumbar, pero también cabe pensar que la primera manifestación de un cáncer puede ser el dolor lumbar por metástasis. Los tumores sólidos que con más probabilidad pueden hacer metástasis en la columna son los adenocarcinomas de mama, pulmón, próstata, tiroides y gastrointestinales. El mieloma múltiple, en general en personas de 60 o más años, suele provocar dolor óseo persistente.

Proceso inflamatorio. La espondiloartritis es un proceso inflamatorio crónico que afecta el esqueleto axial de personas jóvenes (20 a 40 años). El concepto engloba tanto a los pacientes que presentan lesiones radiológicas en la columna vertebral o en la articulación sacro-ilíaca (espondilitis anquilosante), o en ambas, como en quienes no las presentan; la forma no radiológica de la enfermedad precede a la radiológica. Se cree que un 5% de la población europea que consulta en atención primaria por dolor lumbar podría tener finalmente el diagnóstico de espondiloartritis; el tiempo que pasa entre el primer síntoma de dolor lumbar y el diagnóstico final es de unos 5 años. La enfermedad se suele presentar con rigidez matinal que mejora con el ejercicio pero que no lo hace con el reposo.

Proceso infeccioso. En países de renta baja, la tuberculosis vertebral afecta tanto a jóvenes como a maduros; la brucelosis espinal es menos frecuente como causa de dolor lumbar. En países de renta alta, la enfermedad granulomatosa se observa con más frecuencia en la población inmigrante. El absceso epidural, la osteomielitis espinal y la discitis piógena son situaciones raras pero con alta mortalidad (3, 6 y 11%). La condición de inmunodepresión y el consumo de drogas endovenosas favorecen las infecciones espinales.

Tabla 2. Tratamiento del dolor lumbar. El dolor lumbar subagudo es un período de transición entre el agudo y el crónico; las evidencias de tratamiento para este tiempo son escasas, y entonces la tendencia es considerar para este período las recomendaciones terapéuticas para el dolor crónico. Modificado de Foster et al,² procedente a su vez de las guías 2017 de práctica clínica de Dinamarca,¹³ de Estados Unidos de América⁸ y de Gran Bretaña.¹⁴

	Dolor lumbar agudo: hasta 6 semanas de evolución	Dolor lumbar persistente: más de 12 semanas de evolución
Recomendación para mantenerse activo	Primera línea de tratamiento. Considerar como de rutina	Primera línea de tratamiento. Considerar como de rutina
Educación	Primera línea de tratamiento. Considerar como de rutina	Primera línea de tratamiento. Considerar como de rutina
Calor local ²¹	Segunda línea de tratamiento, o coadyuvante	No hay suficiente evidencia
Programa de ejercicio físico	Uso limitado, en pacientes seleccionados	Primera línea de tratamiento. Considerar como de rutina
Psicología conductual	Uso limitado, en pacientes seleccionados	Primera línea de tratamiento. Considerar como de rutina
Manipulación espinal (quiropaxis)	Segunda línea de tratamiento, o coadyuvante	Segunda línea de tratamiento, o coadyuvante
Masajes	Segunda línea de tratamiento, o coadyuvante	Segunda línea de tratamiento, o coadyuvante
Acupuntura	Segunda línea de tratamiento, o coadyuvante	Segunda línea de tratamiento, o coadyuvante
Yoga	No hay suficiente evidencia	Segunda línea de tratamiento, o coadyuvante
Rehabilitación	No hay suficiente evidencia	Segunda línea de tratamiento, o coadyuvante
Paracetamol	No recomendado	No recomendado
Anti-inflamatorios no esteroideos	Segunda línea de tratamiento, o coadyuvante	Segunda línea de tratamiento, o coadyuvante
Relajantes musculares	Uso limitado, en pacientes seleccionados	No hay suficiente evidencia
Inhibidores selectivos de la recaptación de la norepinefrina	No hay suficiente evidencia	Segunda línea de tratamiento, o coadyuvante
Opioides	Uso limitado, en pacientes seleccionados. Usar con precaución	Uso limitado, en pacientes seleccionados. Usar con precaución
Corticoides	No recomendados	No recomendados

* * *

Barcelona, julio de 2018 / marzo de 2020.