



## ARTICULO ESPECIAL

# La lumbalgia: ¿el gran enemigo? Consejos breves en dolor en la consulta de atención primaria



María Fernández de Paúl<sup>a,\*</sup>, María Victoria García Espinosa<sup>b</sup>,  
Isabel Prieto Checa<sup>b</sup>, Patricia Moreno Carrero<sup>c</sup>,  
Gema Izquierdo Enríquez<sup>d</sup> y Elena Díaz Crespo<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Benita de Ávila, Madrid, España

<sup>b</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Los Alpes, Madrid, España

<sup>c</sup> Fisioterapia Atención Primaria, Madrid, España

<sup>d</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Villa de Vallecas, Madrid, España

<sup>e</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Consultorio Barriada del Ángel - UGC Fuensanta, Córdoba, España

Recibido el 12 de agosto de 2024; aceptado el 8 de noviembre de 2024

Disponible en Internet el 27 de diciembre de 2024

## PALABRAS CLAVE

Lumbalgia;  
Manejo del dolor;  
Atención primaria;  
Analgésicos;  
Educación para la salud

## KEYWORDS

Low back pain;  
Pain management;  
Primary health care;  
Analgesics;  
Health education

**Resumen** En este artículo se repasa la evidencia disponible acerca de la lumbalgia, una de las afecciones más prevalentes, y la principal causa de discapacidad en la mayoría de los países, según el último estudio de la carga global de la enfermedad de 2021, lo que ha llevado a entidades como la Organización Mundial de la Salud a publicar recientemente unas recomendaciones para el manejo de la lumbalgia crónica.

Se examinan sus causas y factores de riesgo asociados, siendo más del 90% de las lumbalgias inespecíficas, y estando muy relacionadas con el contexto biopsicosocial, y el papel de las pruebas de imagen, cuyos hallazgos no han podido demostrar ser causantes del dolor lumbar en la mayoría de los casos.

Por último, se revisa la efectividad de los tratamientos, siendo el tratamiento de primera línea el no farmacológico, y teniendo el farmacológico un papel muy limitado pese al uso excesivo que se hace de él.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

## Low back pain: Our greatest enemy? Brief advice on pain in primary care

**Abstract** This article reviews the available evidence on low back pain, one of the most prevalent conditions and the main cause of disability in most countries according to the latest Global Disease Burden 2021 study, which has led entities such as the WHO to recently publish recommendations on low back pain management.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mfdzdepaul@gmail.com](mailto:mfdzdepaul@gmail.com) (M. Fernández de Paúl).

The causes and associated risk factors are analyzed, with more than 90% of low back pain cases being nonspecific and closely related to biopsychosocial context, as well as the role of imaging tests, whose findings have not been proven to be the source of low back pain.

Finally, the effectiveness of the different treatments is analyzed, with non pharmacological being the first-line of treatment and pharmacological treatment having a very limited role, despite the excessive use we make of it.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

«La alegría y el dolor no son como el aceite y el agua, sino que coexisten.»

José Saramago

La lumbalgia es un síntoma muy común que refieren personas de todo el mundo, sin importar su país de origen o su edad, y que la mayoría de personas van a sufrir en algún momento de la vida<sup>1</sup>. El último estudio sobre la carga global de la enfermedad, de 2021<sup>2</sup>, que cuantifica la pérdida de salud ligada a distintas enfermedades, confirma que esta es la principal causa de discapacidad en la mayoría de los países, y que asocia una importante carga de discapacidad y económica que va a seguir aumentando en las próximas décadas. Establece que en 2020 unos 619 millones de personas en todo el mundo referían tener dolor lumbar y prevé que en 2050 habrá unos 843 millones de personas que lo sufran, lo que supone un aumento del 36,4% con respecto a 2020.

La prevalencia aumenta rápidamente desde la adolescencia (un 40% de adolescentes refieren haber tenido dolor lumbar), de forma que casi todos los adultos van a tener dolor lumbar en algún momento de su vida. La limitación funcional producida por la misma es mayor en los países desarrollados, viéndose afectada también por el nivel socioeconómico (a menor nivel socioeconómico más discapacidad), la satisfacción laboral o la posibilidad de compensación económica<sup>1</sup>.

Todo ello ha puesto en el punto de mira al dolor lumbar como una prioridad de la sociedad médica, no solo por su creciente prevalencia y costes económicos y sociales, sino también por las prácticas de poco valor que se suelen llevar a cabo en su manejo<sup>3</sup> y que hacen que el problema crezca exponencialmente. *The Lancet* publicó una serie de artículos en 2018<sup>4</sup>, para tratar de encuadrar el problema y revisar la evidencia disponible para su adecuado manejo, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado recientemente una guía de manejo del dolor lumbar<sup>3</sup> recalando las prácticas desaconsejadas en su abordaje. Para dar consejo en dolor lumbar es preciso primero conocer sus causas, pronóstico y efectividad de los tratamientos.

## Causas de la lumbalgia

Habitualmente señalamos distintos hallazgos radiológicos como causa del dolor lumbar, sin embargo, la revisión de la evidencia publicada en *The Lancet* en 2018<sup>4</sup> concluye que no es posible identificar una causa concreta en la mayoría

de los casos, coincidiendo con otro artículo de la revista *British Medical Journal*<sup>5</sup>. En otro estudio llevado a cabo en el ámbito de atención primaria en Australia<sup>6</sup> se objetivó que solamente un 0,9% de los pacientes atendidos por lumbalgia aguda tenían una causa específica de su dolor (y de este 0,9% un 73% de ellos presentaban fracturas vertebrales y un 18% una enfermedad inflamatoria).

En cuanto a los hallazgos radiológicos, una revisión sistemática<sup>7</sup> concluyó que no hay ninguna mejoría clínica con respecto al dolor, la funcionalidad o la calidad de vida en aquellos pacientes a los que se les hace una prueba de imagen sin una indicación clínica clara. Además, se ha observado que aquellas personas a las que se les hacía alguna prueba de imagen recibían más medicación intramuscular, más cirugía y se ausentaban más del trabajo<sup>5</sup>.

La prevalencia del hallazgo de cambios degenerativos a nivel de la columna es muy alta en las personas asintomáticas<sup>8</sup>, aumentando con la edad, habiéndose observado que entre un 68-96% de las personas asintomáticas mayores de 40 años presentan degeneración discal, y entre un 50-84% de las mismas presentan hernias discales<sup>5</sup>. Un estudio de cohortes<sup>9</sup> exploró la asociación entre distintos cambios a nivel de la resonancia magnética nuclear (degeneración discal, pérdida de altura del disco, hernias discales, espondilolistesis, estenosis de canal...) con la presencia de dolor al inicio del estudio y a los 6 años, concluyendo que dichos hallazgos no tienen asociación clínicamente significativa con el dolor lumbar, aunque sí es cierto que son más frecuentes entre personas con dolor, sin poder establecerse causalidad<sup>1</sup>.

Por todo ello, entidades como la guía NICE<sup>10</sup> recomiendan no ofrecer de forma rutinaria pruebas de imagen en personas con lumbalgia, sin importar la duración de los síntomas, salvo que haya sospecha de una enfermedad grave o el resultado de la prueba pueda cambiar el manejo del paciente. Esta recomendación se basa en que la solicitud de una prueba de imagen puede producir daño al paciente si nos dejamos condicionar por los hallazgos radiológicos, o si no se explican estos hallazgos de manera adecuada (aumentando la preocupación si no se explica correctamente que estos hallazgos son comunes también en personas asintomáticas y que no se han podido identificar como causa de su dolor). Además, pueden ser el punto de inicio de una serie de actuaciones en cadena como derivaciones a otros especialistas, petición de más pruebas, aumento de intervenciones innecesarias, aumento del gasto...<sup>5</sup>.

Las causas específicas de lumbalgia, que representan un porcentaje muy bajo en la consulta de atención primaria, son, por orden de prevalencia en nuestro medio, las fracturas vertebrales, la espondilitis anquilosante, metástasis vertebrales, infecciones y el síndrome de cola de caballo<sup>5</sup>. Todas ellas cuentan con un cuadro clínico sugestivo, que, unido a los factores de riesgo de cada paciente, debe guiar para llegar al diagnóstico específico.

## Factores de riesgo para el dolor lumbar agudo

Si bien no se puede establecer una causa concreta del dolor lumbar en la inmensa mayoría de los casos, sí se han identificado algunos factores de riesgo<sup>1</sup> para padecerlo como son:

- Antecedente de episodios de lumbalgia
- Comorbilidad como el asma, la diabetes...
- Una mala salud mental
- Hábitos como el tabaquismo o el sedentarismo o condiciones como la obesidad
- Tener trabajos muy físicos
- Tener elevadas cargas de trabajo

Como se deduce, todos ellos forman parte del contexto biopsicosocial del paciente.

## Pronóstico

Según una revisión sistemática<sup>11</sup>, las lumbalgias agudas tienden a resolverse en las primeras 6 semanas, periodo en que la mejoría es más rápida. Pasado ese tiempo, la mejoría se ententece, aunque pasado un año del episodio inicial, los niveles medios de dolor y discapacidad fueron bajos. En el caso de pacientes con lumbalgia que persistía más allá de las 12 semanas, es decir, una lumbalgia crónica o persistente, éstos pueden presentar niveles altos de dolor y discapacidad al año, con una mejoría mucho más lenta a lo largo de las semanas. En un estudio llevado a cabo en EE. UU.<sup>12</sup>, el porcentaje de pacientes que desarrollaban una lumbalgia persistente sobre el total de pacientes analizados era un 32%.

Además, cada vez más, se tiende a entender la lumbalgia como una condición persistente de intensidad fluctuante a lo largo de la vida más que episodios aislados agudos repetidos. Se estima que la mitad de la población con dolor lumbar atendida en el ámbito de atención primaria tiene una historia de dolor lumbar fluctuante, algunos se recuperan y en otros persiste<sup>1</sup>.

## Factores de riesgo para el desarrollo de la lumbalgia persistente

La lumbalgia crónica se entiende como un problema influido por factores biopsicosociales y no como un resultado de la nocicepción. La revisión de *The Lancet*<sup>1</sup> identifica como factores de riesgo asociados al desarrollo de la misma aquellos que tienen que ver con los síntomas (episodios previos de lumbalgia, dolor irradiado a piernas), factores que tienen que ver con los hábitos de vida (obesidad, tabaquismo,

**Tabla 1** Contenidos y otros ejemplos, consejo breve en lumbalgia aguda

### Consejo breve dolor lumbar agudo

- «El dolor lumbar es un proceso frecuente, que cede espontáneamente en el plazo de unos días o semanas»
- «Es importante permanecer activo, el movimiento va a hacer que todo vaya mejor, así que en lo que puedas muévete». «Te puedes poner un poco de calor seco suave en la zona donde te duele»
- «El tratamiento es sintomático, si crees que lo necesitas (y no hay contraindicaciones) puedes tomar antiinflamatorio unos días con el objetivo de moverte más fácilmente»
- «Para que esto pase lo menos posible, es importante hacer actividad física regularmente»

sedentarismo), factores psicológicos (depresión, catastrofismo, conductas de miedo/evitación) o factores sociales (trabajos físicos, bajo nivel educativo, la posibilidad de tener compensación económica ante una incapacidad laboral, la satisfacción laboral). En un estudio llevado a cabo en el ámbito de atención primaria en EE. UU.<sup>12</sup> identifican factores de riesgo similares y añaden como factor de riesgo el llevar a cabo prácticas médicas no recomendadas por las guías clínicas.

Un artículo publicado en *BMC Public Health*<sup>13</sup> reconoce también la importancia de las creencias y expectativas de los pacientes en torno al dolor lumbar en el desarrollo, manejo y pronóstico de la lumbalgia y cómo los profesionales sanitarios influyen de manera clara en esas creencias<sup>14</sup>.

## Tratamiento del dolor lumbar

Según una revisión de distintos estudios<sup>15</sup>, el aumento de gasto en pruebas complementarias y tratamientos invasivos para el dolor lumbar se incrementó de forma muy marcada en la década previa (aumentó el gasto un 629% en epidurales, 307% en resonancias magnéticas, 220% en artrodesis y 108% en prescripción de opioides), sin asociarse a mejoras a nivel clínico, empeorando en la misma década la limitación funcional o la incapacidad laboral a consecuencia de la lumbalgia.

Esto ilustra el hecho de que la práctica clínica real está alejada de lo que la evidencia nos dice. Las guías<sup>3,10,16,17</sup> coinciden en que el tratamiento de primera línea debe estar basado en un enfoque biopsicosocial y comprende distintas actuaciones no farmacológicas.

Dentro de estas actuaciones, recomiendan el consejo educativo como parte fundamental del tratamiento de la lumbalgia, explicando al paciente la naturaleza inespecífica del dolor lumbar y que lo más probable es que éste mejore con el tiempo. Se recomienda recalcar la importancia de continuar con su vida normal y del movimiento en su recuperación, así como explorar las posibles creencias erróneas que pueda tener el paciente. También consideran fundamental la recomendación sobre el ejercicio, habiendo evidencia consistente en diferentes tipos de este, sin haber demostrado superioridad uno frente a otro (tablas 1-3).

**Tabla 2** Contenidos y otros ejemplos de consejo breve, lumbalgia subaguda

## Consejo breve dolor lumbar subagudo

- «El dolor es una experiencia compleja que responde a múltiples factores de lo que llamamos el entorno biopsicosocial»
- «El dolor lumbar es un síntoma muy frecuente, y es normal tener episodios recurrentes. En la mayoría de los casos no encontramos una causa específica de dolor»
- «Las hernias discales y otros cambios en las estructuras son habituales en la población asintomática. Tener dolor de espalda no significa tener daño en la espalda y no es necesario un tratamiento médico específico»
- «A pesar del dolor es importante permanecer activo y seguir haciendo las cosas que te gustan; es necesario seguir moviéndose para que todo vaya bien». «Si no lo haces, es importante reconsiderar la práctica de ejercicio físico progresivo, busca algo que te sea fácil y te guste»
- «Si crees que en tu caso el estrés emocional es un desencadenante, plantéate añadir alguna técnica de relajación o una técnica cuerpo/mente (pilates, yoga... )»

**Tabla 3** Contenidos y otros ejemplos consejo breve, lumbalgia persistente

## Consejo breve dolor lumbar crónico

- «El dolor es un sistema de alarma asociado a una valoración de daño en nuestro cerebro inconsciente, y todo lo que te importa y te preocupa entra en esa valoración»
- «Descartadas causas específicas, el dolor en general persiste porque hay un aumento de sensibilidad en nuestro sistema de alarma»
- «La combinación de educación y ejercicio son en la actualidad el mejor tratamiento disponible, han demostrado que mejoran la función, la calidad de vida y reducen el dolor»
- «Es importante poner la atención en la función, y ponerse objetivos de tratamiento razonables. En general es mejor centrarse en lo que tú puedes hacer. Podemos ayudarte a tomar decisiones sobre medicación, ejercicio y manejo del estrés». «Plantéate por donde te gustaría empezar»

Por otro lado, se puede considerar un tratamiento multicomponente que incluya educación, ejercicio y psicoterapia, destacando el papel de la terapia cognitivo/conductual. Si se tratara de pacientes más complejos se podría emplear un abordaje multimodal que comprenda ejercicio terapéutico y psicoterapia, siendo este abordaje recomendable en pacientes con lumbalgia persistente con importantes limitaciones para la recuperación, como pueden ser las creencias erróneas, catastrofismo o kinesiofobia, y en los que no hayan sido efectivos los tratamientos convencionales. Este tipo de abordaje se ha mostrado más efectivo que cualquier tratamiento estándar, como queda reflejado

en un estudio llevado a cabo a nivel de fisioterapia de atención primaria en Valladolid<sup>18</sup>.

En cuanto a la acupuntura, la mayoría de las guías no la recomiendan por no tener evidencia científica si bien en el caso de la guía de la OMS<sup>3</sup> sí plantean considerarla.

Por último, la onda corta, la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS) o percutánea (PENS), fajas, cinturones lumbares... no han demostrado su efectividad en el tratamiento del dolor lumbar.

## Eficacia de los fármacos en el dolor lumbar

Los fármacos quedan relegados a un papel secundario en todas las guías mencionadas, por lo que vamos a hacer un repaso de la evidencia de los fármacos habitualmente empleados.

### Paracetamol

Según una revisión *Cochrane*<sup>19</sup> en lumbalgia aguda hay evidencia de certeza alta de que no es efectivo en reducción de dolor o discapacidad. No encontraron evidencia de su eficacia en lumbalgia crónica. La guía NICE<sup>10</sup> tampoco recomienda el uso del paracetamol dada su falta de efectividad.

### Antiinflamatorios no esteroideos

En cuanto a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), una revisión *Cochrane*<sup>19</sup> concluye que hay un pequeño beneficio en el tratamiento de la lumbalgia aguda o crónica en cuanto a la reducción de dolor (−7,29 en una escala de 0 a 100 en el caso de lumbalgia aguda y −6,97 en el caso de la crónica) y discapacidad (−2,02 en una escala de 0 a 24 en caso de la lumbalgia aguda y −0,85 en el caso de la crónica), habiendo estudios hasta 12 meses de seguimiento. La guía NICE<sup>10</sup> coincide en que se puede considerar su uso en lumbalgia aguda y crónica. Ambas recalcan que es fundamental tener en cuenta la toxicidad gastrointestinal, cardiovascular, renal y hepática, así como la prescripción el menor tiempo posible a la mínima dosis posible. La guía danesa<sup>16</sup> recomienda utilizar los AINE en dolor lumbar agudo solamente en los pacientes muy seleccionados y siempre junto con otras medidas no farmacológicas, dado que no encontraron evidencia de su eficacia a corto plazo.

### Opioides

La guía NICE<sup>10</sup> recomienda considerar su uso solamente en lumbalgia aguda suponiendo que haya contraindicación para el uso de AINE o no hayan sido eficaces. En el caso de la lumbalgia crónica recomienda no usarlos.

El manual *Cochrane*<sup>19</sup> no hace recomendaciones en dolor lumbar agudo por no encontrar evidencia disponible, y con respecto al crónico establece una pequeña diferencia a favor (tapentadol −8 en una escala de 0 a 100 −0,43; tramadol −0,55; buprenorfina −0,41) en cuanto a mejora del dolor y de la discapacidad (opioides mayores −0,26; tramadol −0,18; buprenorfina −0,14).

La guía del American College of Physicians<sup>17</sup> no se pronuncia con respecto a la lumbalgia aguda por no haber evidencia

**Tabla 4** Recomendaciones sobre los distintos tratamientos en lumbalgia aguda de algunas guías

Lumbalgia aguda			
	American College of Physicians <i>Recomendación</i>	Guía NICE <i>Recomendación</i>	Guía danesa <i>Recomendación</i>
No farmacológico	A favor de su uso de primera línea	A favor de su uso de primera línea	A favor de su uso de primera línea
Paracetamol	En contra de su uso	En contra de su uso en monoterapia	En contra de su uso de rutina
AINE	De elección si tratamiento farmacológico	Se puede considerar su prescripción	En contra de su uso de rutina
RM/BZD	De elección si tratamiento farmacológico	En contra de su uso	
Opioides mayores	Evidencia insuficiente En contra de su uso	En contra de su uso de rutina (excepto si AINE contraindicado/no efectivo)	En contra de su uso
Corticoides	En contra de su uso	En contra de su uso	
Antidepresivos	Evidencia insuficiente	En contra de su uso	
Antiepilépticos	Evidencia insuficiente	En contra de su uso	

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; BZD: benzodiacepinas; RM: relajantes musculares.

Verde: evidencia certeza alta; azul: evidencia certeza moderada; naranja: evidencia certeza baja; rojo: certeza muy baja.

suficiente y en la crónica, habla de un pequeño beneficio a corto plazo de los opioides mayores (diferencia de un punto en una escala de dolor de 0 a 10), de los parches de buprenorfina (diferencia menor a un punto en una escala de 0 a 10) y establece que no hay diferencias entre los opioides de liberación prolongada y placebo en cuanto a dolor y funcionalidad.

La recientemente publicada guía de la OMS<sup>3</sup> acerca del manejo de la lumbalgia crónica, hace una recomendación en contra del uso de los opioides en el manejo del dolor lumbar agudo.

## Otros fármacos

Revisando otro tipo de fármacos usados en lumbalgia, los corticoides, según Cochrane<sup>20</sup>, son mínimamente efectivos en mejoría de dolor y funcionalidad a corto plazo en pacientes con radiculalgia, no son efectivos en estenosis del canal y no está claro su papel en la lumbalgia sin radiculalgia. Esta recomendación coincide con la de la OMS<sup>3</sup> en su guía sobre el manejo de la lumbalgia crónica.

Los *antidepresivos* no son efectivos en la lumbalgia crónica según la revisión Cochrane<sup>19</sup>, la guía NICE<sup>10</sup> recomienda no usarlos y la guía del American College of Physicians<sup>17</sup> establece que no son efectivos, aunque sí recalca que la duloxetine ha demostrado una pequeña mejoría en cuanto al dolor y la funcionalidad.

Los *gabapentinoides* no han demostrado tener beneficios en el tratamiento de la lumbalgia y sí han demostrado tener efectos adversos importantes, por lo que se recomienda no usarlos<sup>10,19</sup>.

Las *benzodiacepinas*, según la guía Cochrane<sup>19</sup>, han demostrado un pequeño beneficio en cuanto a alivio de dolor agudo. La guía NICE<sup>10</sup> recomienda no usarlas en el tratamiento del dolor lumbar. Un metaanálisis publicado en el *British Medical Journal*<sup>21</sup> concluye que hay evidencia de muy baja calidad con respecto a la eficacia de los rela-

jantes musculares. En el caso de los relajantes musculares no benzodiacepínicos parece que puede haber una pequeña diferencia a favor de su eficacia en cuanto al dolor agudo, aunque no clínicamente importante, y de que pueden tener efectos adversos (tablas 4 y 5).

## Tratamientos intervencionistas

De acuerdo con distintas guías y revisiones sistemáticas<sup>16,22</sup> las infiltraciones epidurales se asocian con una pequeña reducción a corto plazo del dolor, sin tener beneficios a largo plazo ni reducir el riesgo de cirugía, pudiendo considerarlas en el caso de pacientes con dolor lumbar agudo muy intenso que no responde a otras medidas, en el contexto de un tratamiento multimodal.

Por otro lado, según la guía NICE<sup>10</sup> la denervación por radiofrecuencia puede ser beneficiosa para pacientes seleccionados con lumbalgia crónica, aunque nunca de primera línea y tras haber probado que su dolor puede provenir de las ramas mediales espinales.

## Cirugía

En cuanto a la cirugía, las guías coinciden en ofrecerla solamente en pacientes seleccionados tras fracaso del resto de tratamientos. La guía NICE<sup>10</sup>, recomienda no ofrecer la artrodesis ni la cirugía de recambio de disco, pudiendo considerar la descompresión espinal en pacientes en los que ha fracasado el manejo conservador y en los que además se encuentren hallazgos radiológicos que pueden justificar la clínica.

Según una revisión sistemática publicada en el *British Medical Journal*<sup>23</sup>, la cirugía es beneficiosa en cuanto a mejoría del dolor (beneficio moderado a corto plazo, pequeño a medio plazo) y de la discapacidad (beneficio solo a corto plazo, no hay beneficio a medio ni largo plazo), si



**Tabla 5** Recomendaciones sobre los distintos tratamientos en lumbalgia crónica de algunas guías

Lumbalgia crónica			
	American College of Physicians <i>Recomendación</i>	Guía NICE <i>Recomendación</i>	OMS <i>Recomendación</i>
No farmacológico	A favor de su uso de primera línea	A favor de su uso de primera línea	A favor de su uso de primera línea
Paracetamol		En contra de su uso en monoterapia	Evidencia insuficiente
AINE	De elección si tratamiento farmacológico	Se puede considerar su prescripción	Se pueden considerar
RM/BZD		En contra de su uso	En contra de su uso (RM) Evidencia insuficiente (BZD)
Opioides	En contra de su uso	En contra de su uso de rutina (excepto si aine contraindicado o no efectivo)	En contra de su uso
Duloxetina		En contra de su uso	En contra de su uso
ATC	En contra de su uso		En contra de su uso
Antiepilépticos		En contra de su uso	En contra de su uso
Corticoides		En contra de su uso	En contra de su uso

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; ATC: antidepresivos tricíclicos; RM: relajantes musculares; BZD: benzodiazepinas.  
Verde: evidencia certeza alta; azul: evidencia certeza moderada; naranja: evidencia certeza baja; rojo: certeza muy baja.

**Tabla 6** Consejo breve sobre técnicas intervencionistas

Consejo breve técnicas intervencionistas (si no se consideran necesarias):

«Los resultados sobre dolor entre cirugía y no cirugía son los mismos, y solo estaría indicada cuando el nervio está muy comprometido»

«Las técnicas que se realizan desde las unidades del dolor tienen una duración corta y deberían limitarse a casos muy seleccionados como parte de un tratamiento integral»

bien la evidencia disponible es de baja calidad y además parece que los efectos son similares a los de las infiltraciones epidurales, todo ello a corto plazo.

Este hecho ya había sido observado previamente en otro estudio publicado en *The Spine Journal*<sup>24</sup>, donde concluyen que la cirugía es similar al manejo conservador en cuanto a los resultados a largo plazo (tabla 6).

## Conclusión

Es fundamental que las prácticas médicas se alineen con la evidencia científica para asegurar un menor riesgo de producir daño a los pacientes a través de intervenciones sin evidencia científica, uso excesivo de fármacos o recomendaciones inadecuadas. El tratamiento de primera línea es el no farmacológico, por lo que la propuesta es el uso sistemático del consejo breve en dolor en todos los pacientes que consulten por lumbalgia, como base del tratamiento, por todos los profesionales sanitarios. Este consejo debe estar basado en conceptos que expliquen lo que le está pasando al paciente y en la proposición de alternativas diferentes a lo que habitualmente hacemos (prescribir fármacos). Además, dado que es necesario un abordaje multimodal, se reco-

mienda, si hay posibilidad, valorar la derivación del paciente a otros profesionales formados en dolor (fisioterapeutas, psicólogos, etc.) en base a su presentación e historia clínica.

Se sabe que el miedo ante el dolor inicial es un factor importante en la persistencia de este, y creemos que es más fácil abordar el dolor agudo, así que la recomendación es empezar por ahí.

## Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Consideraciones éticas

En el presente trabajo no intervienen pacientes, no se ha comportado experimentación en animales y no es un ensayo clínico.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391:2356–67 [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30480-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30480-x)
- Ferreira ML, de Luca K, Haile LM, Steinmetz JD, Culbreth GT, Cross M, et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: A systematic analysis of the Global Burden of Disease Study

2021. *Lancet Rheumatol.* 2023;5:e316–29 [https://doi.org/10.1016/s2665-9913\(23\)00098-x](https://doi.org/10.1016/s2665-9913(23)00098-x)
3. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary, community care settings. World Health Organization. 2023 [consultado 1 Mar 2024] Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789>
4. Clark S, Horton R. Low back pain: A major global challenge. *Lancet.* 2018;391:2302 [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30725-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30725-6)
5. Hall AM, Aubrey-Bassler K, Thorne B, Maher CG. Do not routinely offer imaging for uncomplicated low back pain. *BMJ.* 2021;n291 <https://doi.org/10.1136/bmj.n291>
6. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum.* 2009;60:3072–80 [consultado 1 Mar 2024] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19790051/>
7. Lemmers GPG, van Lankveld W, Westert GP, van der Wees PJ, Staal JB. Imaging versus no imaging for low back pain: A systematic review, measuring costs, healthcare utilization and absence from work. *Eur Spine J.* 2019;28:937–50 <https://doi.org/10.1007/s00586-019-05918-1>
8. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2015;36:811–6 <https://doi.org/10.3174/ajnr.a4173>
9. Kasch R, Truthmann J, Hancock MJ, Maher CG, Otto M, Nell C, et al. Association of lumbar MRI findings with current and future back pain in a population-based cohort study. *Spine.* 2022;47:201–11 [consultado 1 Mar 2024] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34405825/>
10. de Campos TD. Low back pain and sciatica in over 16s: Assessment and management NICE Guideline [NG59]. *J Physiother.* 2017;63:120 [consultado 1 Mar 2024] Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>
11. Wallwork SB, Braithwaite FA, O'Keefe M, Travers MJ, Summers SJ, Lange B, et al. The clinical course of acute, subacute and persistent low back pain: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2024;196:E29–46 [consultado 1 Mar 2024] Disponible en: <http://www.cmaj.ca/content/196/2/E29.Abstract>
12. Stevans JM, Delitto A, Khoja SS, Patterson CG, Smith CN, Schneider MJ, et al. Risk factors associated with transition from acute to chronic low back pain in US patients seeking primary care. *JAMA Netw Open.* 2021;4:e2037371 <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.37371>
13. Hall A, Coombs D, Richmond H, Bursey K, Furlong B, Lawrence R, et al. What do the general public believe about the causes, prognosis and best management strategies for low back pain? A cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2021;21:682 <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10664-5>
14. Lin IB, O'Sullivan PB, Coffin JA, Mak DB, Toussaint S, Straker LM. Disabling chronic low back pain as an iatrogenic disorder: A qualitative study in Aboriginal Australians. *BMJ Open.* 2013;3:e002654 [consultado 1 Mar 2024] Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/3/4/e002654>
15. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating chronic back pain: Time to back off? *J Am Board Fam Med.* 2009;22:62–8 <https://doi.org/10.3122/jabfm.2009.01.080102>
16. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, 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 [consultado 5 Mar 2024] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28429142/>
17. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the American college of physicians. *Ann Intern Med.* 2017;166:514 <https://doi.org/10.7326/m16-2367>
18. Galán-Martín MA, Montero-Cuadrado F, Lluch-Girbes E, Coca-López MC, Mayo-Iscar A, Cuesta-Vargas A. Pain neuroscience education and physical therapeutic exercise for patients with chronic spinal pain in Spanish physiotherapy primary care: A pragmatic randomized controlled trial. *J Clin Med.* 2020;9:1201 [consultado 6 Mar 2024] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32331323/>
19. Cashin AG, Wand BM, O'Connell NE, Lee H, Rizzo RRN, Bagg MK, et al. Pharmacological treatments for low back pain in adults: An overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Libr.* 2023;2023 [consultado 12 Mar 2024] Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013815.pub2/full/es>
20. Chou R, Pinto RZ, Fu R, Lowe RA, Henschke N, McAuley JH, et al. Systemic corticosteroids for radicular and non-radicular low back pain. *Cochrane Libr.* 2022;2022 [consultado 13 Mar 2024] Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012450.pub2/full/es?highlightAbstract=lumbar%7Cdolour%7Cdolor%7Ccorticoid%7Ccorticoides>
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;n1446 <https://doi.org/10.1136/bmj.n1446>
22. Verheijen EJA, Bonke CA, Amorij EMJ, Vleggeert-Lankamp CLA. Epidural steroid compared to placebo injection in sciatica: A systematic review and meta-analysis. *Eur Spine J.* 2021;30:3255–64 <https://doi.org/10.1007/s00586-021-06854-9>
23. Liu C, Ferreira GE, Abdel Shaheed C, Chen Q, Harris IA, Bailey CS, et al. Surgical versus non-surgical treatment for sciatica: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2023;381, e070730 [consultado 17 Mar 2024] Disponible en: <https://www.bmj.com/content/381/bmj-2022-070730>
24. Mannion AF, Brox JI, Fairbank JCT. Comparison of spinal fusion and nonoperative treatment in patients with chronic low back pain: long-term follow-up of three randomized controlled trials. *Spine J.* 2013;13:1438–48 <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2013.06.101>