



# Preguntas frecuentes

Dolor lumbar

# ÍNDICE

1. ¿Qué es el dolor lumbar y cuál es su prevalencia? .....	3
2. ¿Cómo se definen el dolor lumbar agudo y el crónico? .....	4
3. ¿Cuál es la causa más frecuente de dolor lumbar? .....	5
4. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al dolor lumbar? .....	6
5. ¿En qué casos están indicadas las pruebas de laboratorio e imagen? .....	6
6. ¿Cuándo están indicadas las pruebas de imagen en el dolor lumbar agudo? .....	7
7. ¿Qué estrategias son útiles para tranquilizar al paciente que solicita una radiografía sin estar indicada? .....	9
8. ¿Qué síntomas y signos nos alertan de que el dolor puede ser secundario a una enfermedad subyacente? .....	10
9. ¿Cuáles son los criterios de derivación a atención especializada? ...	11
10. ¿Los analgésicos y antiinflamatorios son efectivos para tratar el dolor de espalda? .....	12
11. ¿Cuál es el papel de los relajantes musculares en el dolor de espalda? .....	13
12. ¿Están indicados los opiáceos y antidepresivos en el tratamiento del dolor de espalda? .....	14
13. ¿Se recomienda ejercicio físico y fisioterapia para tratar el dolor lumbar? .....	15
14. ¿Son efectivos el calor o el frío en el tratamiento del dolor lumbar? ... .....	16
15. ¿Cuál es el tratamiento de elección para el dolor de espalda agudo? .....	17
16. ¿Cómo se trata el dolor lumbar crónico? .....	19
17. ¿Qué medidas se recomiendan para prevenir los episodios de dolor de espalda? .....	20
Referencias bibliográficas .....	21

# 1. ¿Qué es el dolor lumbar y cuál es su prevalencia?

El dolor lumbar es la sensación dolorosa de la parte baja de la espalda, desde la primera a la quinta vértebra lumbar. Incluye los procesos dolorosos de zonas inervadas por los nervios raquídeos lumbares (lumbociatalgia)<sup>1,2</sup>.

Es el dolor de espalda más frecuente (70 % de los casos), afecta particularmente a la población económicamente activa y su prevalencia aumenta con la edad<sup>1,3</sup>. Una revisión sistemática reciente estimó que la prevalencia general del dolor lumbar oscila entre el 1,4 % y el 20,0 %<sup>3</sup>.

**Se calcula que hasta un 84 % de los adultos tendrán dolor lumbar en algún momento de su vida<sup>4</sup>.**

## 2. ¿Cómo se definen el dolor lumbar agudo y el crónico?

El dolor lumbar puede clasificarse, según su duración, en **agudo** (<6 semanas), **subagudo** (de 6 a 12 semanas) y **crónico** (>12 semanas)<sup>1,5</sup>. Si bien el síntoma se autolimita en la mayoría de los pacientes con dolor agudo, entre el 10 % y el 40 % de ellos continuará con dolor<sup>5</sup>.

Los episodios sucesivos de dolor agudo separados por períodos asintomáticos de 3 meses definen a la lumbalgia **recurrente**<sup>1</sup>.



### 3. ¿Cuál es la causa más frecuente de dolor lumbar?

El dolor de espalda es el segundo motivo de consulta en atención primaria, después de las enfermedades de las vías respiratorias superiores<sup>1</sup>.

Más del 85 % de los pacientes con dolor lumbar atendidos en atención primaria tendrán dolor lumbar inespecífico, definido como aquel para el que no es posible identificar de forma fiable una causa subyacente específica. En la mayoría de estos casos, el dolor es osteomuscular, de naturaleza mecánica, y se autolimita<sup>2,4</sup>.

Una de las causas más frecuentes de dolor lumbar mecánico es el **síndrome miofascial** —habitualmente llamado contractura muscular—, ocasionado por posturas forzadas relacionadas con el trabajo, el estrés, la actividad deportiva o un esfuerzo desmedido. Compromete la musculatura erectora y el músculo piramidal de la pelvis, a veces con irritación del nervio ciático<sup>1</sup>. El paciente referirá dolor moderado en los músculos paravertebrales, a veces con irradiación a los glúteos o los muslos. El dolor se reproduce cuando se estimulan ciertos puntos localizados en fascia, tendones y músculos (puntos gatillo). Puede ser unilateral o bilateral<sup>1,5</sup>.

Otra causa de dolor lumbar mecánico es la **protrusión discal**, que es, a su vez, la causa más frecuente de compresión radicular<sup>5,6</sup>. Representa el 4-5 % de los pacientes con dolor lumbar en atención primaria<sup>7</sup>. Suele describirse como un dolor medial, profundo y sordo, a veces irradiado al glúteo o muslo. Su incidencia es mayor en pacientes obesos, fumadores y pacientes con trabajos sedentarios o que requieren levantar objetos o exponerse a vibración<sup>5</sup>.

El dolor lumbar más frecuente es el de causa inespecífica<sup>4</sup>.

## 4. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al dolor lumbar?

Los factores asociados a un mayor riesgo de dolor lumbar incluyen la edad, el sexo femenino, el tabaquismo, la obesidad, los trabajos física o psicológicamente extenuantes, insatisfactorios o sedentarios, el nivel educativo bajo, las indemnizaciones por enfermedades laborales y los trastornos psicológicos, como la ansiedad y la depresión<sup>7</sup>. Debe determinarse la presencia de estrés social o psicológico en todo paciente con dolor lumbar<sup>5</sup>.

## 5. ¿En qué casos están indicadas las pruebas de laboratorio e imagen?

En la mayoría de los casos no se requieren pruebas de laboratorio. Menos del 1% de los pacientes que se presentan en atención primaria tendrán enfermedades sistémicas graves como causa de su dolor lumbar<sup>7</sup>.

En los pacientes con sospecha de cáncer o infección, se usan la velocidad de sedimentación globular (VSG) o la proteína C reactiva (PCR), junto con radiografías simples, para determinar la necesidad de imágenes avanzadas<sup>5,7</sup>. Se deben realizar pruebas de coagulación si el paciente está en tratamiento anticoagulante<sup>6</sup>.

## 6. ¿Cuándo están indicadas las pruebas de imagen en el dolor lumbar agudo?

La mayoría de los pacientes con dolor lumbar agudo sin síntomas de alarma asociados **no requiere pruebas de imagen**. Su uso inapropiado puede llevar a hallazgos irrelevantes que conduzcan a estudios adicionales y tratamientos innecesarios. Además, la realización temprana de imágenes no se asocia con mejoría del dolor o la función ni a corto ni a largo plazo<sup>7</sup>.

El American College of Physicians recomienda la **radiografía simple** en presencia de<sup>7</sup>:

- factores de riesgo de fracturas por compresión vertebral (ancianos, antecedente de traumatismo importante, uso prolongado de corticoesteroides, o antecedentes o riesgo de osteoporosis);
- antecedentes o sospecha de cáncer;
- factores de riesgo para espondilitis anquilosante (rigidez matutina que mejora con el ejercicio, dolor alternante en los glúteos, dolor que despierta durante la segunda mitad de la noche).

Excepto en los casos de fuerte sospecha de cáncer, se podría probar con un ciclo de tratamiento antes de solicitar la radiografía<sup>7</sup>.

Para la mayoría de los pacientes con dolor lumbar que requieren técnicas avanzadas de imagen, la **resonancia magnética nuclear (RMN)** de la columna lumbar sin gadolinio se considera la mejor prueba. Si el paciente no puede someterse a una RMN (por ejemplo, por llevar un implante magnético), se escoge la TC sin contraste<sup>7</sup>. Cuando se sospecha cáncer o infección o el paciente tiene antecedentes de cirugía de espalda, se debe solicitar RMN con y sin gadolinio<sup>7</sup>.

Las indicaciones de **RMN** son las siguientes<sup>7</sup>:

- déficit neurológico grave o progresivo;
- síntomas compatibles con estenosis del canal (dolor irradiado a la pierna, ancianos o claudicación neurógena) en pacientes candidatos a intervención quirúrgica;
- síntomas compatibles con síndrome de la cola de caballo;
- factores de riesgo de infección (lumbalgia de reciente aparición con fiebre y antecedentes de medicación intravenosa o infección reciente);
- después de un intento de tratamiento, en pacientes con signos y síntomas de radiculopatía que son candidatos a intervención quirúrgica o a infiltración epidural de corticoides.

La repetición de imágenes solo se recomienda en pacientes con síntomas lumbares nuevos o que han cambiado<sup>7</sup>.

En la mayoría de los casos no se necesitan pruebas de laboratorio ni de imagen<sup>7</sup>.

## 7. ¿Qué estrategias son útiles para tranquilizar al paciente que solicita una radiografía sin estar indicada?

Los pacientes que consultan por dolor de espalda con frecuencia esperan que se les solicite una radiografía en la consulta inicial.

Si la historia clínica y el examen físico no revelan signos de alarma, se puede tranquilizar al paciente informándole de que impresiona tener un dolor lumbar inespecífico, que mejorará pronto y que es poco probable que tenga una enfermedad subyacente grave.

Además, una exploración física minuciosa, durante la cual le comentemos que estamos evaluando su fuerza o sensibilidad para descartar cualquier compromiso neurológico, puede servir para asegurarle que no estamos subestimando sus síntomas ni pasando por alto una prueba diagnóstica adicional<sup>7</sup>.

Otras estrategias útiles incluyen explicar que<sup>7</sup>:

- en las pruebas de imagen son frecuentes los hallazgos casuales que no tienen relación con su dolor y dan lugar a pruebas o intervenciones innecesarias;
- la mayoría de las veces, los resultados no modificarán el tratamiento;
- las pruebas de imagen conllevan exponerse a radiación;
- se solicitarán pruebas de imagen más adelante, si la mejoría no es la esperada.

**Es menos probable que los pacientes quieran pruebas diagnósticas adicionales si se sienten bien informados sobre la causa de su problema<sup>7</sup>.**

## 8. ¿Qué síntomas y signos nos alertan de que el dolor puede ser secundario a una enfermedad subyacente?

Entre los pacientes que presentan dolor lumbar, menos del 1 % tendrá una enfermedad sistémica grave<sup>5,7</sup>. Ciertos signos o síntomas nos alertarán sobre estas causas:

- **Síndrome de la cola de caballo.** La retención urinaria aguda, la incontinencia urinaria o fecal, el entumecimiento en extremidades inferiores y la anestesia en silla de montar deben hacer sospechar síndrome de la cola de caballo<sup>5,7</sup>. Su causa más común es la protrusión discal<sup>7</sup>.
- **Compresión medular.** Un dolor progresivo con desarrollo posterior de claudicación en la marcha, con o sin trastornos de la sensibilidad, sugiere compresión medular. En estos pacientes, a diferencia de los afectados a nivel del cono medular, la disfunción autonómica suele aparecer en etapas tardías<sup>8</sup>. La compresión medular maligna aparece en el 5 % de los pacientes con cáncer (sobre todo, de pulmón, mama, próstata, tiroides y riñón)<sup>5,7,8</sup>. Los signos y síntomas constitucionales o los antecedentes de cáncer apoyan este diagnóstico<sup>5</sup>. Cualquier déficit motor significativo no atribuible a una sola raíz nerviosa unilateral o la debilidad progresiva en extremidades inferiores también hace pensar en compresión medular de causa maligna o infecciosa (absceso epidural espinal)<sup>7</sup>.
- **Estenosis del conducto vertebral.** El dolor localizado en la pantorrilla al andar, que se resuelve al sentarse o inclinarse hacia adelante (claudicación neurógena), es una característica distintiva de la estenosis del canal lumbar. Otros síntomas pueden incluir pérdida de sensibilidad y debilidad en las piernas, aunque muchos pacientes pueden presentar un examen neurológico normal. Su etiología es multifactorial, suele afectar a mayores de 60 años y con frecuencia se asocia a artrosis<sup>7</sup>.
- **Radiculopatía.** La presentación clínica de la radiculopatía lumbosacra varía según el nivel de la raíz o raíces nerviosas afectadas. Más del 90 % son radiculopatías L5 y S1. Los pacientes se presentan con dolor, pérdida sensorial, debilidad y/o cambios en los reflejos osteotendinosos<sup>7</sup>.
- **Osteomielitis.** La sensibilidad vertebral a la palpación o la percusión es un hallazgo sensible, aunque no específico, de la osteomielitis vertebral. También es un hallazgo compatible con metástasis vertebrales y fractura por compresión secundaria a osteoporosis<sup>7</sup>.

## 9. ¿Cuáles son los criterios de derivación a atención especializada?

Los criterios de **derivación urgente** a atención especializada son<sup>6,7</sup>:

- compresión de la médula espinal o síndrome de la cola de caballo;
- déficits neurológicos progresivos y/o graves;
- etiologías graves de dolor lumbar;
- situación social que hace necesaria la hospitalización.

La derivación también debe considerarse en<sup>6,7</sup>:

- pacientes sin signos de alarma que no mejoran después de 12 semanas de tratamiento;
- pacientes con dolor intratable;
- dolor lumbar de causa no mecánica.

## 10. ¿Los analgésicos y antiinflamatorios son efectivos para tratar el dolor de espalda?

La eficacia de todos los **antiinflamatorios no esteroideos (AINE)**, incluyendo los inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa 2, parece equivalente<sup>1</sup>. Sin embargo, cada vez hay más evidencia de que el efecto es pequeño<sup>4,9</sup>. Un metanálisis proporcionó pruebas científicas sólidas de que los AINE son eficaces, pero no ofrecen beneficios clínicamente significativos para el dolor de espalda frente al placebo: la reducción del dolor con AINE fue de 6,4 puntos en una escala de 100, siendo insuficiente para alcanzar los 10 puntos considerados como beneficio significativo<sup>9,10</sup>. La eficacia de los AINE solo se ha demostrado para el alivio del dolor a corto plazo<sup>5</sup>.

Los metanálisis más recientes han mostrado que el **paracetamol** no alivia el dolor ni la capacidad funcional en pacientes con dolor de espalda<sup>9,10</sup>. No obstante, su combinación con opiáceos débiles puede ser una opción para pacientes en quienes los AINE están contraindicados, son ineficaces o se toleran mal<sup>9,11</sup>.

Los AINE son eficaces, pero el efecto es pequeño. El paracetamol no alivia el dolor ni la capacidad funcional en pacientes con dolor de espalda<sup>9,10</sup>.

## 11. ¿Cuál es el papel de los relajantes musculares en el dolor de espalda?

Se ha demostrado que los **relajantes musculares no benzodiacepínicos** son eficaces para tratar el dolor lumbar agudo<sup>4</sup>. Estudios a corto plazo muestran un efecto analgésico superior al placebo, sin diferencia entre distintos relajantes musculares<sup>5</sup>. No está claro que su combinación con un AINE sea más eficaz que la monoterapia con AINE<sup>4,9</sup>.

Estos medicamentos se deben mantener menos de una semana y no se recomiendan para tratar el dolor lumbar crónico<sup>9</sup>.

Las principales reacciones adversas asociadas son la sedación y el riesgo de caídas. Un relajante en particular, el carisoprodol, debe ser usado con precaución debido a que uno de sus metabolitos, el meprobamato, es un barbitúrico sedante y potencialmente adictivo<sup>5</sup>.

Las **benzodiacepinas** no se deben utilizar, ya que no mejoran el dolor ni la función y pueden producir dependencia<sup>4,12,13</sup>.

Los relajantes musculares no benzodiacepínicos son una alternativa a los AINE en la lumbalgia aguda. Las benzodiacepinas no están indicadas<sup>4</sup>.

## 12. ¿Están indicados los opiáceos y antidepresivos en el tratamiento del dolor de espalda?

En pacientes con dolor lumbar agudo o crónico que no mejoran con AINE, no los toleran o no pueden tomarlos, se puede valorar la administración de **opiáceos débiles**, con o sin paracetamol. Los **opiáceos mayores** deben reservarse para casos de dolor moderado o grave que no mejora con las opciones previas<sup>9</sup>. Estos medicamentos deben usarse a la dosis mínima eficaz, por lapsos de tiempo cortos y con reevaluación periódica de la eficacia analgésica y funcional, las reacciones adversas y la adicción<sup>5</sup>.

Los **antidepresivos** no se recomiendan en el dolor lumbar<sup>9</sup>.



## 13. ¿Se recomienda ejercicio físico y fisioterapia para tratar el dolor lumbar?

En general, las guías clínicas **no recomiendan ejercicio físico ni técnicas de fisioterapia para la lumbalgia aguda**, ya que la mayoría de los episodios se resuelven en 4-6 semanas y no parece que el ejercicio físico y la fisioterapia mejoren los resultados<sup>4,9,12,14</sup>.

Por el contrario, en el **dolor lumbar crónico, el ejercicio físico es el pilar** del tratamiento. La elección del tipo de ejercicio depende de la disponibilidad y las habilidades y preferencias personales, ya que la mayoría de los ejercicios (pilates, ejercicios de estabilización, aeróbic, yoga, etc.) parecen tener la misma eficacia<sup>15,16</sup>. Aparte de los tratamientos basados en el ejercicio físico y, tal vez, los masajes, la eficacia de la fisioterapia en el dolor lumbar parece limitada. Técnicas como la onda corta, la neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS), las tracciones y los ultrasonidos no son efectivos y no se recomiendan<sup>12,16</sup>.

No se recomienda ejercicio físico ni técnicas de fisioterapia para la lumbalgia aguda<sup>4,9,12,14</sup>.

## 14. ¿Son efectivos el calor o el frío en el tratamiento del dolor lumbar?

La indicación de **calor superficial** se basa en su posibilidad de reducir los espasmos musculares. Una revisión sistemática encontró pruebas de calidad moderada de que su efecto es superior a ninguna intervención para mejorar el dolor lumbar agudo y subagudo y la capacidad funcional. El beneficio fue corto (4 días). Los efectos adversos fueron leves y autolimitados (enrojecimiento de la piel en la zona tratada)<sup>4,12,17</sup>.

La aplicación de **frío** superficial podría reducir el edema. Sin embargo, una revisión Cochrane no encontró ensayos clínicos comparativos aleatorizados que evaluaran su efecto en el dolor lumbar agudo y subagudo. Los ensayos en dolor lumbar crónico eran de calidad metodológica baja, por lo que no se pudieron establecer conclusiones<sup>4,17</sup>.

El calor alivia el dolor lumbar agudo y subagudo, aunque el efecto dura poco<sup>4,12,17</sup>.

## 15. ¿Cuál es el tratamiento de elección para el dolor de espalda agudo?

Si bien existe un amplio consenso sobre que la lumbalgia aguda es autolimitada y las modalidades no farmacológicas son la primera opción para tratar el dolor de espalda, en la práctica clínica es habitual asociarlas con tratamiento farmacológico<sup>4,9</sup>:

- **Tratamiento no farmacológico.** El **calor superficial** reduce el dolor, aunque el efecto dura poco tiempo<sup>4,9</sup>.

Las fajas lumbares no se recomiendan<sup>4,16</sup>.

Se recomienda que el paciente mantenga su **actividad habitual**, pues el reposo en cama aumenta el dolor y retrasa la recuperación. Si la actividad aumenta el dolor, se aconseja mantenerla cuanto sea posible y aumentarla gradualmente<sup>4</sup>.

Generalmente, **no se indica ejercicio físico o fisioterapia** a los pacientes con dolor lumbar agudo. Estas indicaciones se reservan para los casos en los que no hay mejoría con el tratamiento inicial<sup>4,9,12,13</sup>. El **masaje y la manipulación vertebral** por expertos podrían mejorar el dolor, tanto agudo como crónico, aunque el efecto es pequeño y la calidad de la evidencia es baja<sup>4,9,11</sup>.

En cuanto al regreso a la **actividad laboral**, las indicaciones se adecuarán a cada caso. En los trabajos sedentarios, el paciente puede cuidar su posición, moverse con frecuencia y, a veces, controlar las horas que dedica, por lo que la incorporación puede ser más rápida. En cambio, es probable que se requiera más tiempo para regresar a los trabajos físicamente exigentes<sup>4</sup>.

- **Tratamiento farmacológico.** Aunque los estudios de eficacia tengan resultados variables, las guías aconsejan los **AINE** como primer escalón analgésico. Se recomienda un periodo de prueba corto (2 a 4 semanas), reducir la dosis acorde a la tolerancia y vigilar la aparición de efectos adversos renales, gastrointestinales y cardiovasculares<sup>4</sup>.

Si los AINE están contraindicados o no se toleran, se recomienda ofrecer un **relajante muscular no benzodiazepínico** (ciclobenzaprina, metocarbamol, tizanidina)<sup>9,12,13</sup>. No está claro el beneficio de asociar el relajante muscular al AINE<sup>9,12</sup>, aunque puede ser una opción si el dolor no mejora<sup>4</sup>.

Una revisión sistemática que comparó la eficacia y seguridad del tratamiento combinado de diclofenaco y **vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub> y B<sub>12</sub>** frente a la monoterapia con diclofenaco para el dolor lumbar agudo concluyó que la terapia combinada reduce la duración del tratamiento en aproximadamente un 50 % y es más eficaz en la reducción de la intensidad del dolor<sup>18</sup>.

Si estas opciones no alivian el dolor, se recomienda probar con un **opiáceo débil** (tramadol, codeína), asociado o no con paracetamol<sup>9,11</sup>.

Solo en casos de dolor moderado o grave que no mejora con las medidas anteriores se puede recurrir a los **opiáceos mayores** a la mínima dosis eficaz y por el menor tiempo posible<sup>9</sup>.

La lumbalgia aguda es autolimitada;  
las modalidades no farmacológicas son la  
primera opción<sup>4,9</sup>.

## 16. ¿Cómo se trata el dolor lumbar crónico?

Los pacientes con dolor lumbar crónico deben recibir asesoramiento sobre **medidas de autocuidado y ejercicio físico** habitual independiente o supervisado, acorde a su capacidad funcional. En pacientes con dolor lumbar recurrente, el ejercicio físico practicado con regularidad puede ayudar a prevenir exacerbaciones futuras<sup>9,14,15</sup>.

En los pacientes con dolor incapacitante y deterioro funcional considerable, suele ser necesario combinar el ejercicio con **intervenciones psicológicas** (como la terapia cognitivo-conductual) o con técnicas de mente y cuerpo (*mindfulness*, Tai-chi y yoga, entre otras)<sup>9,12,13,15</sup>.

Si estas medidas son inadecuadas o ineficaces, el primer escalón farmacológico es una pauta de corta duración de **AINE**<sup>9,15</sup>.

Si esta opción está contraindicada o no alivia el dolor, se recomienda probar con un **opiáceo débil**, asociado o no a paracetamol<sup>9</sup>.

Solo en casos de dolor moderado o grave que no mejora con las medidas anteriores se puede recurrir a los **opiáceos mayores** a la mínima dosis eficaz y por el menor tiempo posible<sup>9</sup>.

No se recomiendan relajantes musculares<sup>9,12,13</sup>, antidepresivos<sup>9,12</sup> ni gabapentinoides (pregabalina, gabapentina)<sup>9</sup>.

El ejercicio físico es el pilar del tratamiento del dolor lumbar crónico y ayuda a prevenir recurrencias<sup>14</sup>. Puede asociarse a intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual<sup>9</sup>.

## 17. ¿Qué medidas se recomiendan para prevenir los episodios de dolor de espalda?

No se ha demostrado científicamente la eficacia de la mayoría de las intervenciones que se usan habitualmente para prevenir el dolor lumbar (por ejemplo, la educación en el lugar de trabajo, el evitar levantar cargas, las plantillas para calzado, los muebles ergonómicos, los colchones, las fajas lumbares o los dispositivos de levantamiento)<sup>19</sup>.

En cuanto al ejercicio físico, parece ser eficaz para prevenir tanto un primer episodio de lumbalgia aguda como episodios de lumbalgia recurrente. No está claro que una modalidad de ejercicio sea mejor que otra<sup>14</sup>.



# Referencias bibliográficas

1. Casals Sánchez JL, Gasparyan A, Martínez García F, Morcuende Campos A, Mud Castelló F, Mud Castelló S. Documento de consenso en dolor de espalda. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria y Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria. [Internet]. 2016 [consultado 27 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.semergen.es/resources/files/documentosConsenso/documento-consenso-dolor-espalda.pdf>
2. US National Institutes of Health (NIH). National Institute of Neurological Disorders. Low Back Pain Fact Sheet [Internet]. 2020. Consultado 27 de julio de 2020. Disponible en <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Fact-Sheets/Low-Back-Pain-Fact-Sheet>
3. Fatoye F, Gebrye T, Odeyemi I. Real world incidence and prevalence of low back pain using routinely collected data. Rheumatol Int [Internet]. 2019 [consultado 27 de julio de 2020];39:61926. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00296-019-04273-0>
4. Knight C, Deyo R, Staiger T, Wipf J. Treatment of acute low back pain. UpToDate [Internet]. [Actualizado 19 de marzo de 2020; consultado 27 de julio de 2020].
5. Urits I, Burshtein A, Sharma M, Testa L, Gold P, Orhurhu V. Low Back Pain, a Comprehensive Review: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. Curr Pain and Headache Rep. [Internet]. 2019 [consultado 27 de julio de 2020]; 23(3):23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30854609/>
6. Perina DG. Mechanical Back Pain [Internet]. Medscape. 24 de enero de 2017. [Consultado 27 de julio de 2020]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/822462-overview#a5>
7. Wheeler S, Wipf J, Staiger T, MD, Deyo R, MD, MPH, Jarvik J. Evaluation of low back pain in adults. UpToDate [Internet]. [Actualizado 25 de junio de 2019; consultado 27 de julio de 2020].
8. Romero P, Manterola A, Martínez E, Villafranca E, Domínguez M.A, Arias F. Compresión medular. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2004 [consultado 28 de julio de 2020];27(3):15562. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272004000600015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000600015&lng=es).
9. Portal del Medicamento. Comisión Asesora en Farmacoterapia de Castilla y León (CAFCYL). Lumbalgia, ¿qué tratamiento es más eficaz y seguro? [Internet]. 2018. [consultado 29 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/noticias-destacados/destacados/lumbalgia-tratamiento-eficaz-seguro>
10. Machado G, Maher C, Ferreira P, Day R, Pinheiro M, Ferreira M. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: a systematic review and meta-analysis. Ann Rheum

Dis [Internet]. 2017 [consultado 29 de julio de 2020];76(7):1269-78. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28153830/>

11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management [NG59] [Internet]. 2016 [consultado 29 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>
12. Kreiner DS, Matz D (coordinadores); North American Spine Society. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain. Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care [Internet]. 2020 [consultado 27 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.spine.org/Portals/0/assets/downloads/ResearchClinicalCare/Guidelines/LowBackPain.pdf>
13. The Diagnosis and Treatment of Low Back Pain Work Group. VA/DoD clinical practice guideline for diagnosis and treatment of low back pain [Internet]. 2017 [consultado 27 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/lbp/VADoDLBPCPG092917.pdf>
14. Hartigan C, Bernard KK. Exercise-based therapy for low back pain. UpToDate [Internet]. [Actualizado julio de 2020; consultado 27 de agosto de 2020].
15. Chou R. Subacute and chronic low back pain: Nonpharmacologic and pharmacologic treatment. UpToDate [Internet]. [Actualizado 10 de julio de 2020; consultado 29 de julio de 2020].
16. Shipton EA. Physical Therapy Approaches in the Treatment of Low Back Pain. Pain Ther [Internet]. 2020 [consultado 27 de agosto de 2020]. 2018;7(2):127-137. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6251828/>
17. French SD, Cameron M, Walker B, Reggars J, Esterman A. Superficial heat or cold for low back pain. Cochrane Library. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 25 de enero de 2006 [consultado 30 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004750.pub2/full#CD004750-abs-0001>
18. Calderón Ospina CA, Nava-Mesa MO, Arbelaez-Ariza CE. Effect of Combined Diclofenac and B Vitamins (Thiamine, Pyridoxine, and Cyanocobalamin) for Low Back Pain Management: Systematic Review and Meta-analysis. Pain Med [Internet]. 2020 [consultado 29 de julio de 2020];21(4):766-81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7139211/>
19. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. Lancet [Internet]. 2018 [consultado 30 de julio de 2020]; 391(10137):2368-83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29573872/>



© 2020 - Almirall.

Material editado por [Kalispera medical writing S.L.](#) para Almirall.  
Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o físico.

