GOBIERNO DE MÉXICO

GPC
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

ACTUALIZACIÓN
2019

MANEJO INTEGRAL EN REHABILITACIÓN DEL **DOLOR LUMBAR INESPECÍFICO**

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica
GPC-DIF-313-19

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | SEDENA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL | MARINA SECRETARÍA DE MARINA

CSG CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL | IMSS | ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO | PEMEX POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA | SNDIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

gob.mx

Av. Marina Nacional 60, piso 9, ala "B"
Col. Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo,
C. P. 11410, Ciudad de México.
www.gob.mx/salud/cenetec

Publicado por CENETEC
© Copyright **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**, "Derechos Reservados". Ley Federal del Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) fue elaborada con la participación de las instituciones públicas que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores se aseguraron que la información sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía; declaran que no tienen conflicto de interés y en caso de haberlo, lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud; y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el Catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC; con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada institución.

Este documento puede reproducirse libremente dentro del Sistema Nacional de Salud y sin autorización escrita, sólo cuando sea usado para fines de enseñanza, en la práctica médica y en actividades no lucrativas. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el usuario pueda explotar o servirse comercialmente directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse directa o indirectamente con lucro de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la elaboración de esta GPC se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente y no sexista que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Manejo integral en rehabilitación del dolor lumbar inespecífico en adultos de 18 a 59 años de edad.** Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; **2019** [fecha de consulta]. Disponible en: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-DIF-313-19/ER.pdf

Actualización: **Total**

ISBN en trámite

GRUPO DE DESARROLLO

AUTORÍA

Mtra. Amalia Leticia Méndez Lemus	Maestría en ciencias de la familia	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)	Supervisor paramédico en área normativa en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación, Capacitación, Rehabilitación e Integración Laboral (C.N.M.A.I.C.R.I.L.) Iztapalapa	
Lic. Anabel Boyer Solís	Terapia física	SNDIF	Terapista profesional en rehabilitación en el C.N.M.A.I.C.R.I.L. Iztapalapa	
Dr. Jorge Romero Toral	Rehabilitación ortopédica	SNDIF	Médico especialista en rehabilitación en el C.N.M.A.I.C.R.I.L. Iztapalapa	International Society for Prosthetics and Orthotics (IPSO)
Dra. Leticia Berenice Arteaga Aguilar	Medicina de rehabilitación	SNDIF	Médico especialista en rehabilitación en el C.N.M.A.I.C.R.I.L. Iztapalapa	Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, A.C. Consejo Mexicano de Medicina de Rehabilitación (CMMR), A.C.
Lic. Marco Polo Sánchez González	Terapia ocupacional	SNDIF	Terapista profesional en rehabilitación en el C.N.M.A.I.C.R.I.L. Iztapalapa	
Mtra. Ma. Lucina Ramírez Hinojosa	Maestría en psicología clínica	SNDIF	Psicóloga evaluadora en el C.N.M.A.I.C.R.I.L. Iztapalapa	
Dra. Sofía Sánchez Cardoza	Rehabilitación laboral	Atención médica privada	Médico especialista en rehabilitación	Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, A.C. CMMR, A.C

COORDINACIÓN METODOLÓGICA

Dra. Diana Yazmín Ramírez García	Medicina de rehabilitación	SNDIF	Coordinación Institucional de Guías de Práctica Clínica en la Dirección General de Rehabilitación (DGR)	CMMR, A.C.

BÚSQUEDA DE LA INFORMACIÓN

Dra. Diana Yazmín Ramírez García	Medicina de rehabilitación	SNDIF	Coordinación Institucional de Guías de Práctica Clínica en la DGR	CMMR, A.C.

VALIDACIÓN

Protocolo de Búsqueda				
Dr. Oscar Sosa Hernández	Epidemiología hospitalaria	Hospital Juárez de México	Médico especialista en epidemiología	Consejo General de Salud Pública Miembro del Grupo de Trabajo de Epidemiología Hospitalaria en México
Guía de Práctica Clínica				
Dra. Diana Margarita Valladares Vázquez	Medicina de rehabilitación	SNDIF	Médico especialista en rehabilitación	CMMR, A.C.
Dra. Nelsi Alejandra González González	Rehabilitación pediátrica	Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"	Médico especialista en rehabilitación	Sociedad Occidental Colegio Médico de Rehabilitación de Jalisco (SOCREJAL)
Mtra. Tania Inés Nava Bringas	Maestría en ciencias Rehabilitación ortopédica	Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra"	Médico especialista en rehabilitación Investigador Nivel 1, Sistema Nacional de Investigadores	International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM). Asociación Mexicana de Metabolismo óseo y mineral, A.C. CMMR, A.C

ÍNDICE

1. Aspectos Generales ... 6
1.1. Metodología ... 6
1.2. Actualización del año 2010 al 2019 ... 7
1.3. Introducción ... 8
1.4. Justificación ... 9
1.5. Objetivos ... 10
1.6. Preguntas clínicas ... 11
2. Evidencias y Recomendaciones ... 12
2.1. Intervenciones farmacológicas ... 13
2.2. Intervenciones de terapia física ... 22
2.3. intervenciones de terapia ocupacional ... 31
2.4. Intervenciones psicosociales ... 34
3. Anexos ... 38
3.1. Diagramas de flujo ... 38
3.2. Cuadros o figuras ... 40
3.3. Listados de recursos ... 42
3.4. Protocolo de búsqueda ... 48
3.5. Escalas de gradación ... 50
3.6. Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave ... 51
4. Glosario ... 52
5. Bibliografía ... 54
6. Agradecimientos ... 58
7. Comité Académico ... 59
8. Directorio Sectorial ... 60
9. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica ... 61

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. Metodología

1.1.1. *Clasificación*

Profesionales de la salud	Médicos especialistas en rehabilitación, alta especialidad en rehabilitación laboral y rehabilitación ortopédica; licenciados en terapia física y terapia ocupacional; maestría en ciencias y psicología clínica
Clasificación de la enfermedad	CIE 10: M54.5 Lumbago no específico
Categoría de GPC	Primer, segundo y tercer nivel de atención
Usuarios potenciales	Estudiantes de ciencias de la salud; licenciados en terapia física; licenciados en terapia ocupacional; licenciados en psicología; médicos internos de pregrado; médicos residentes de ortopedia y traumatología, medicina familiar, medicina del deporte; rehabilitación; médicos generales y médicos especialistas.
Organización desarrolladora	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Población blanco	Adultos de 18 a 59 años de edad con dolor lumbar inespecífico.
Fuente de financiamiento	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, SNDIF
Intervenciones y actividades consideradas CIE-9	*89.0* Entrevista, consulta y evaluación diagnósticas. *93.1* Ejercicios de fisioterapia. *93.2* Otra manipulación musculo-esquelética en Medicina Física y Rehabilitación. *93.83* Terapia ocupacional. *93.85* Rehabilitación vocacional. *94.3* Psicoterapia individual.
Impacto esperado en salud	- Identificar las intervenciones con mayor eficacia y eficiencia para el tratamiento del dolor lumbar inespecífico, a fin de disminuir el dolor y mejorar la funcionalidad - Prevenir recaídas - Disminuir los costos de atención médica y la cantidad de días de trabajo perdidos
Aspectos que no cubre la GPC	Diagnóstico
Metodología	Delimitación del enfoque y alcances de la guía Elaboración de preguntas clínicas Búsqueda sistemática de la información (Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales) Evaluación de la calidad de la evidencia Análisis y extracción de la información Elaboración de recomendaciones y selección de recomendaciones clave Procesos de validación Publicación en el Catálogo Maestro
Búsqueda sistemática de la información	Métodos empleados para colectar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Fecha de cierre de protocolo de búsqueda: abril 2019 Número de fuentes documentales utilizadas: 50, especificadas por tipo en el anexo de Bibliografía.
Conflicto de interés	Todos los integrantes del grupo de desarrollo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Año de publicación	Año de publicación: 2019. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

1.2. Actualización del año 2010 al 2019

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser descontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El título de la guía:

    - Título desactualizado:
      Manejo fisiátrico de lumbalgia inespecífica

    - Título actualizado:
      Manejo Integral en rehabilitación del dolor lumbar inespecífico

2. La actualización en evidencias y recomendaciones se realizó en:

    - **Tratamiento**
    - **Pronóstico**
    - **Rehabilitación**

1.3. Introducción

El dolor lumbar constituye uno de los problemas de salud más frecuentes en adultos, reportando una prevalencia a lo largo de la vida de alrededor del 80%, siendo una de las condiciones dolorosa más comunes (Enthoven W, 2016). Es definido como "sensaciones dolorosas o no confortables, localizadas por debajo del margen costal (12ª costilla) y por arriba del límite superior de la región glútea (unión lumbosacra), que pueden irradiarse hacia uno o ambos miembros pélvicos" (Covarrubias A, 2010). Se trata de una condición compleja y heterogénea, que incluye una variedad de síntomas y cuyas consecuencias son la pérdida de la función, limitaciones en las actividades cotidianas, y días de trabajo perdidos (Chung J, 2013).

El dolor lumbar es un síntoma que acompaña diversas enfermedades, por lo que su abordaje tiene como primer objetivo identificar las causas que están más allá de la columna lumbar (afectaciones sistémicas, aneurismas aórticos, entre otros); los trastornos específicos que afectan la columna vertebral (abscesos epidurales, fracturas vertebrales, espondilo-artropatías, neoplasias, síndrome de cauda equina, entre otros); o el dolor radicular. En los casos en los que las pruebas clínicas no atribuyan de manera confiable una causa pato-anatómica del dolor, se establecerá el término de dolor lumbar inespecífico (Maher C, 2016). Con base en ello, clasificamos el dolor lumbar en tres grupos: 1. Asociado con una enfermedad específica (1-2% de los casos); 2. Asociado a una condición neurológica (5%) y 3. No específico (más del 90% de los casos) (Saragiotto B, 2016); es decir, el dato más destacable en cuanto a su etiología es que la gran mayoría de los casos se atribuyen a una causa inespecífica (Casado M, 2008). Además por su duración, el dolor lumbar se clasifica en: 1. Agudo cuando su duración es menor a 6 semanas, 2. Subagudo cuando los síntomas persisten entre 6 y 12 semanas y 3. Crónico cuando los síntomas persisten más allá de 12 semanas (Saragiotto B, 2016).

Se han identificado algunos factores de riesgo para el desarrollo de dolor lumbar, entre ellos: levantamiento de cargas en repetidas ocasiones (OR 1·11 [95% CI 1·05–1·18] por 10 kg levantados); fumar (OR 1·30 [1·16–1·45]; obesidad (OR 1·53 [1·22–1·92]) y síntomas depresivos (OR 1·59 [1·26–2·01]) (Maher C, 2016). El dolor crónico en general y la lumbalgia en concreto, se han asociado en numerosas ocasiones a factores psicosociales como estrés, ansiedad, ira y otros procesos psicológicos(Casado M, 2008).

Como el dolor lumbar inespecífico no tiene una causa anatomopatológica conocida, no existen tratamientos específicos que puedan proporcionarse, por lo que el objetivo es reducir el dolor y sus consecuencias (Maher C, 2016). Los pacientes con dolor lumbar generalmente experimentan una reducción de la intensidad del dolor en las primeras seis semanas de seguimiento, sin embargo, cerca de 40% desarrollará dolor crónico que persiste por meses o años; e inclusive en quienes se recuperan rápidamente de un episodio agudo, la recurrencia en 12 meses es muy común (Saragiotto B, 2016).

1.4. Justificación

Las enfermedades musculo-esqueléticas son uno de los principales problemas de salud en los países occidentales, representando el 40% de todas las enfermedades crónicas. El dolor lumbar es la causa más común de años de vida ajustados por discapacidad en el mundo, con una prevalencia asociada a discapacidad de alrededor de 11% (Chaparro L, 2013).

El dolor lumbar inespecífico, es un estado en donde el bienestar físico, mental, y social se ha perdido, por lo que las condiciones asociadas a la calidad de vida disminuyen considerablemente (Saragiotto B, 2016). El dolor lumbar crónico tiene una prevalencia de 50 a 80% a lo largo de la vida. Mayoritariamente es de naturaleza inespecífica y etiología multifactorial, y hasta el 85% de los pacientes carece de un diagnóstico anatomopatológico claro cuando el dolor se presenta de forma aislada (Shanthanna H, 2017). Su alta prevalencia en la población trabajadora mexicana, tiene repercusiones económico-sociales de enorme alcance; las cifras oficiales muestran que por lo menos entre el 10 y 15% de los dictámenes de invalidez se deben a ella (Saragiotto B, 2016), siendo el principal problema de salud crónico que obliga a los trabajadores a jubilarse prematuramente, además del impacto negativo que genera la preocupación sobre recuperar los niveles previos de salud y reincorporarse a sus actividades (Maher C, 2016). Por tanto, brindar intervenciones oportunas y eficaces para esta condición de salud, no solo impactará en la calidad de vida de la persona, además, disminuirá los costos de atención a la salud y los debidos a días no laborados.

1.5. Objetivos

La Guía de Práctica Clínica **Manejo integral en rehabilitación del dolor lumbar inespecífico** forma parte del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2019-2024.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer, segundo y tercer nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- **Identificar las intervenciones farmacológicas, de terapia física, de terapia ocupacional y psicosociales en adultos de 18 a 59 años de edad con dolor lumbar inespecífico, con mayor eficacia y eficiencia para disminuir el dolor, mejorar la función y prevenir recaídas**

- **Disminuir los costos de atención médica y la cantidad de días de trabajo perdidos**

Lo anterior favorecerá la mejora en la calidad y efectividad de la atención a la salud contribuyendo al bienestar de las personas, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

1.6. Preguntas clínicas

1. En adultos de 18 a 59 años de edad con dolor lumbar inespecífico, ¿cuál es el tratamiento farmacológico eficaz para disminuir el dolor y mejorar la función?

2. En adultos de 18 a 59 años de edad con dolor lumbar inespecífico, ¿qué modalidades de fisioterapia son eficaces para disminuir el dolor y mejorar la función?

3. En adultos de 18 a 59 años de edad con dolor lumbar inespecífico, ¿cuál es el efecto de la intervención mediante educación postural para disminuir su recurrencia?

4. En adultos de 18 a 59 años de edad con dolor lumbar inespecífico, ¿cuáles son los efectos de una intervención psicosocial?

2. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

En apego al Manual Metodológico para la Integración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud[1], las evidencias y recomendaciones incluidas en esta GPC fueron realizadas en respuesta a los criterios de priorización de las principales enfermedades en el Sistema Nacional de Salud. Por consiguiente, se convocó a un grupo de desarrollo interdisciplinario de expertos que delimitaron el enfoque, los alcances y las preguntas clínicas, que llevaron a cabo la búsqueda sistemática y exhaustiva de la información científica y al obtener los documentos realizaron la lectura crítica, extracción y síntesis de la evidencia. A continuación formularon las recomendaciones tomando en cuenta el contexto de la evidencia según el rigor y la calidad metodológica de los estudios, considerando la magnitud del riesgo-beneficio, costo-efectividad, valores y preferencias de los pacientes, así como la disponibilidad de los insumos; finalmente se envió la GPC para validación por expertos externos. Al contar con la versión final de la GPC, se presentó para su autorización al Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica para su publicación y difusión en el Catálogo Maestro[2].

Los autores utilizaron para graduar las evidencias y recomendaciones, la escala[3]: **SIGN**

Logotipos y su significado empleados en los cuadros de evidencias y recomendaciones de esta guía[4].

Evidencia: información científica obtenida mediante la búsqueda sistemática, que da respuesta a una pregunta clínica precisa y específica. Debe incluir la descripción del estudio, tipo de diseño, número de pacientes, características de los pacientes o de la población, contexto de realización, intervenciones, comparadores, medidas de resultados utilizados, resumen de los resultados principales, comentarios sobre los problemas específicos del estudio y evaluación general del estudio.

Recomendación clave: acción con el mayor impacto en el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, reducción en la variación de la práctica clínica o en el uso eficiente de los recursos en salud.

Recomendación: acción desarrollada de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención a la salud más apropiada a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica. Debe existir una relación lógica y clara entre la recomendación y la evidencia científica en las que se basan, tiene que ser concisa, fácil de comprender y contener una acción concreta.

Punto de buena práctica (PBP): sugerencia clínica realizada por consenso de expertos, cuando la información obtenida de la búsqueda sistemática fue deficiente, controvertida, inexistente o con muy baja calidad de la evidencia, por lo tanto, no se graduará, con la finalidad de ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes a tomar decisiones sobre la atención a la salud.

---

[1] *Metodología para la integración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. México: Secretaría de Salud, 2015. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/METODOLOGIA_GPC.pdf [Consulta 28/01/2019].*

[2] *Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CMGPC). México: Secretaría de Salud. Disponible en https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/catalogo-maestro-de-guias-de-practica-clinica-cmgpc-94842 [Consulta 28/01/2019].*

[3] *Las evidencias y recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base conservaran la graduación de la escala original utilizada por cada una de ellas.*

[4] *Modificado del Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [Febrero 2018]. Disponible en: [http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/?capitulo]*

2.1. Intervenciones farmacológicas

Pregunta 1. En adultos de 18 a 59 años de edad con dolor lumbar inespecífico, ¿cuál es el tratamiento farmacológico eficaz para disminuir el dolor?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	Una revisión sistemática (RS) de ensayos controlados aleatorizados (ECAs) con un total de 1825 participantes, investigó la eficacia y seguridad del paracetamol en el dolor lumbar agudo inespecífico, reportando evidencia de alta calidad que no hubo diferencia en el tratamiento con 4g al día de paracetamol contra placebo para la disminución de la intensidad del dolor, medida a través de una escala numérica, en la primer semana (DM 1.49, IC 95% -1.30 a 4.28), en la segunda semana (DM 1.00, IC 95% -.70 a 3.70), en la cuarta semana (DM 0.49, IC -1.99 a 2.97), ni a las 12 semanas de seguimiento (DM de 0.50, IC 95% -2.92 a 1.92). En cuanto a la mejoría de la función, tampoco se encontró diferencia entre paracetamol y placebo en la primer semana (DM 0.45, IC 95% 1.15 a 0.25), a las dos semanas (DM 0.00, 95%CI -0.65 to 0.65), a las 4 semanas (DM 0.05, 95% CI -0.50 to 0.60), ni a las 12 semanas de seguimiento (DM 0.10, 95% CI -0.39 to 0.59). Finalmente, en cuanto al componente de calidad de vida, el paracetamol tampoco mostró efecto a las 4 semanas (DM -0.79, 95% IC -1.94 to 0.36) ni a las 12 semanas de seguimiento (DM 0.41, 95% IC -0.91 to 1.72). Se reportaron efectos secundarios en 19% de los participantes, sin embargo no se encontraron diferencias de distribución entre ambos grupos (RR 1.07, 95% CI 0.86 to 1.33).	**1++** **SIGN** *Saragiotto B, 2016*
E	Una RS cuyo objetivo fue investigar la seguridad y eficacia del uso de paracetamol para el dolor lumbar inespecífico y la osteoartrosis, reportó evidencia de moderada calidad proveniente de dos ECAs con un total de 1692 participantes, que no hubo efecto del paracetamol para la reducción del dolor (DM 1.4, IC −1.3 a 4.1.); y un ECA con 1652 participantes que no encontró diferencias en la intensidad del dolor (DM −0.5, 95% CI−2.9 a 1.9) ni mejoría de la función (DM 0.4, −1.7 a 2.5) entre paracetamol y placebo en pacientes con dolor lumbar inespecífico; sin embargo, los participantes que tomaron paracetamol presentaron casi cuatro veces más probabilidades de resultados anormales en pruebas de función hepática, con implicaciones clínicas inciertas.	**1+** **SIGN** *Machado G, 2015*

E	Una RS de ECAs referentes al uso de fármacos en dolor lumbar agudo y crónico, reportó evidencia de alta calidad que indica que para el tratamiento del dolor lumbar agudo inespecífico, no se encontraron diferencias entre ingerir 4g /día de paracetamol durante 4 semanas, en la intensidad del dolor (diferencia ≤ 0.20 puntos en una escala de 0 a 10 puntos) ni en mejoría de la función (diferencia de <0.60 puntos) en el Cuestionario de Discapacidad de Roland Morris comparado contra placebo.	**1-** **SIGN** *Chou R, 2017*
Rc	No se recomienda el uso de paracetamol para el tratamiento de rutina en adultos con dolor lumbar inespecífico agudo, subagudo y crónico.	**A** **SIGN** *Saragiotto B, 2016*
✓	No es posible hacer una recomendación a favor o en contra del uso de paracetamol en subgrupos específicos de población que presenten alto riesgo de efectos secundarios o adversos a otros fármacos (menores de 18 años de edad, mayores de 59 años de edad, riesgo de daño gastrointestinal, renal y/o cardiovascular, entre otros), por lo que el clínico debe valorar su uso en cada situación específica.	**PBP**
E	Una RS cuyo objetivo fue determinar si los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son más eficaces que otros tratamientos para el dolor lumbar crónico inespecífico, reportó evidencia de baja calidad de seis ECAs, que indica un efecto estadísticamente significativo a favor de los AINEs para disminuir la intensidad del dolor (DM −6.97; IC del 95%: −10.74 a −3.19) y para mejorar la función (DM -0.85; 95% IC −1.30 a −0.40), en comparación con placebo.	**1++** **SIGN** *Enthoven W, 2016*
E	Una RS cuyo objetivo fue determinar la efectividad de las intervenciones farmacológicas en el dolor lumbar crónico inespecífico, reportó evidencia de baja calidad de cuatro ECAs con un total de 1020 participantes, que los AINEs son más eficaces que el placebo para disminuir la intensidad del dolor (DMP -12.40; IC 95%, -15.53 a -9.26), sin encontrar diferencias significativas entre el uso de AINEs tradicionales e inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa 2 (COX-2). También reportó que existen más efectos adversos en el grupo de AINEs (RR 1.24; IC 95% 1.07–1.43) comparado con placebo. Los efectos secundarios más frecuentemente reportados fueron dolor abdominal, diarrea, edema, boca seca, erupción cutánea, mareos, cefalea y cansancio.	**1+** **SIGN** *Kuijpers T, 2011*

E	Una RS que incluyó 35 ECAs con un total de 6065 participantes, buscó determinar la eficacia y seguridad del uso de AINEs en el dolor lumbar inespecífico, reportó evidencia de calidad moderada que los AINEs reducen la intensidad del dolor en el seguimiento inmediato (dos semanas, DM −9.2, IC 95% −11.1 a −7.3) y a corto plazo (tres meses, DM −7.7, IC 95% −11.4 a −4.1), en comparación con el placebo. Su efecto en la mejoría de la función no fue clínicamente importante (diferencia inferior a 10 puntos, umbral de importancia clínica). Se reportaron mayor número de efectos secundarios gastrointestinales con uso de AINEs (RR 2.5, IC 95% 1.2 a 5.2) comparado con placebo.	**1+** **SIGN** *Machado G, 2017*
R	Se recomienda el uso de AINEs para el tratamiento farmacológico en pacientes con dolor lumbar inespecífico agudo y crónico.	**A** **SIGN** *Enthoven W, 2016* *Machado G, 2017*
E	Una RS con metanálisis (MA) cuyo objetivo fue determinar la efectividad y seguridad del tratamiento farmacológico para el tratamiento del dolor lumbar crónico inespecífico, encontró que el uso de AINEs inhibidores selectivos de la COX-2 comparado con placebo (cinco ECAs), tuvo un efecto estadísticamente significativo en la disminución de la intensidad del dolor con base en la Escala Visual Análoga, EVA (DMP-12.03; IC 95%: -24.05 a -7.27); mejoría en la función con el Cuestionario de Discapacidad de Roland Morris (DMP -2.37 IC 95%: -3.33 a -1.40), y aumento de efectos secundarios a favor de los AINEs inhibidores selectivos de la COX-2. La comparación entre AINEs tradicionales e inhibidores selectivos de la COX-2, no mostró diferencias respecto a la disminución del dolor y la mejoría de la función, sin embargo, el RR agrupado para efectos secundarios fue 0.91 (IC 95%: 0.72 a 1.13), lo que indica estadísticamente menos efectos secundarios en los AINEs inhibidores selectivos de la COX-2.	**1+** **SIGN** *Chung J, 2013*
R	Se recomienda el uso de AINEs inhibidores selectivos de la COX-2 sobre el uso de AINEs tradicionales para el dolor lumbar inespecífico, debido a menor incidencia de efectos secundarios.	**A** **SIGN** *Chung J, 2013*
✓	La toma de decisiones respecto a qué tipo de AINEs prescribir, debe basarse en el perfil de seguridad para cada individuo. En pacientes con riesgo gastrointestinal se debe optar por AINEs inhibidores selectivos de la COX-2, mientras que en pacientes con riesgo cardiovascular son preferibles los AINEs tradicionales.	**PBP**

E	Una RS cuyo objetivo fue determinar la efectividad de las intervenciones farmacológicas en el dolor lumbar crónico inespecífico, de acuerdo a siete ECAs (n=2350) con evidencia de baja calidad, reportó que el tratamiento con opioides produce mayor alivio de la intensidad del dolor (DME -0.54; IC 95% -0.72 a -0.36), y de acuerdo a cuatro ECAS (n=1258) con evidencia de baja calidad, que son más eficaces que el placebo para mejorar la función a corto plazo medida por el Cuestionario de Discapacidad de Roland Morris (DME -0.19; IC 95% -0.31 a 0.08).	**1+** **SIGN** *Kuijpers T, 2011*
E	Una RS sobre la seguridad y efectividad de los opioides (tramadol y oxycodona), AINEs (naproxeno, valdecoxib, rofecoxib, indometacina) y antidepresivos (maprotilina, despiramina, paroxetina, imipramina, bupropion) para el tratamiento del dolor lumbar crónico inespecífico, en un análisis combinado de tres ECAs reportó que los pacientes que recibieron tramadol presentaron una mejoría en la intensidad del dolor con una diferencia media de 10.8 puntos en la EVA en comparación con placebo (DME –0.71; IC 95%: –0.84 a –0.57) y mejoría en función, con una diferencia media de 1 punto en el Cuestionario de Discapacidad de Roland Morris (DMP –12.4; IC 95% –15.5 a –9.3) . Cefalea y náuseas fueron los únicos efectos secundarios reportados, siendo más frecuentes en el grupo de opioides en comparación con placebo (DR 9%; IC 95%, 6% –12% y DR = 3%; IC 95%, 0% –6%, respectivamente).	**1+** **SIGN** *White A, 2011*
E	Una RS para determinar la efectividad de los opioides para mejorar el dolor y la función en individuos con dolor lumbar crónico inespecífico, con base en cinco ECAS (n= 1378) con evidencia de baja calidad, reportó que el tramadol es mejor que el placebo para disminuir la intensidad del dolor (DME -0.55, IC 95% -0.66 a -0.44) y, evidencia de calidad moderada de mejora en la función a corto plazo (DME -0.18; IC 95% -0.29 a -0.07).	**1++** **SIGN** *Chaparro L, 2013*
E	Una RS con MA cuyo objetivo fue determinar la efectividad y seguridad del tratamiento farmacológico para el dolor lumbar crónico inespecífico, comparó entre uso de AINEs y tramadol, y mediante un modelo de efectos fijos reportó una disminución en la intensidad del dolor estadísticamente significativa a favor de los antiinflamatorios no esteroideos (RR 0.80; IC 95%: 0.72 a 0.89). Para el uso de tramadol contra placebo, un modelo de efectos aleatorios no encontró resultados estadísticamente significativos para disminuir la intensidad del dolor (DME-1.72; IC 95%: -3.45 a 0.01), pero si en la mejora funcional (DMP -0.24; 95% IC: -0.37 a -0.11), a favor del tramadol. El grupo	**1+** **SIGN** *Chung J, 2013*

	tramadol tuvo mayor proporción de eventos adversos en comparación al grupo placebo (RR 1.74; IC 95%: 1.20 a 2.52).	
E	Una RS con MA para la evaluación de la eficacia y tolerabilidad de opioides en el manejo de dolor lumbar y la investigación de sus efectos dosis-respuesta, encontró baja calidad de la evidencia de un ECA, que la combinación de tramadol/paracetamol disminuye la intensidad del dolor lumbar crónico a corto plazo (DM −8; IC 95%, −16.2 a 0.2), sin mostrar diferencias en función (DM−6.2; 95% IC −8.5 a 20.9).	**1+** **SIGN** *Shaheed C, 2016*
E	Una RS sobre la seguridad y efectividad de los opioides, AINEs y antidepresivos para el tratamiento dolor lumbar crónico inespecífico, concluye que los opioides y los AINEs tienen una eficacia similar con respecto al dolor y la función, sin embargo, basado en el efecto secundario grave de los opioides, se recomienda considerar los AINEs para el tratamiento farmacológico de primera línea.	**1+** **SIGN** *White A, 2011*
Rc	Se recomienda el uso de AINEs como primera opción de tratamiento farmacológico en pacientes adultos con dolor lumbar inespecífico, ya que la aplicabilidad clínica del uso de opioides es cuestionable debido a las altas tasas de abandono reportadas por sus efectos secundarios.	**A** **SIGN** *White A, 2011*
R	Se recomienda considerar con precaución el uso de tramadol en pacientes con dolor lumbar inespecífico, y siempre valorar su eficacia sobre posibles efectos adversos.	**A** **SIGN** *Chung J, 2013*
✓	En pacientes con dolor lumbar inespecífico que no responden al uso de AINEs o presentan alto riesgo de efectos secundarios gastrointestinales, renales y cardiovasculares, el uso de opioides débiles, como el tramadol, representa una opción de segunda línea; sin embargo, el clínico siempre debe considerar los riesgos asociados a los diferentes grupos de edad respecto a los posibles efectos secundarios de estos fármacos.	**PBP**
E	Una RS con MA cuyo objetivo de determinar la efectividad y seguridad del tratamiento farmacológico para el tratamiento del dolor lumbar crónico inespecífico, encontró cuatro ECAs que compararon el uso de buprenorfina, oximorfona, u oxicodona contra placebo. Utilizando un modelo de efectos fijos se reportó una disminución estadísticamente significativa en la intensidad del dolor (DME -5.18; IC 95% -8.30 a -2.05) y una mejoría global de la función (RR 1.59; IC 95% 1.23 a 2.05), a favor de los opioides.	**1+** **SIGN** *Chung J, 2013*

E	Una RS para determinar si los opioides son eficaces para mejorar el dolor, la función o ambos en individuos con dolor lumbar crónico inespecífico, encontró evidencia de calidad moderada proveniente de seis ECAs, (n=1887) que los opioides fuertes (morfina, hidromorfona, oximorfona, tapentadol u oxicodona) son mejores que placebo para reducir el dolor (DME -0.43; IC 95% -0.52 a -0.33) y mejorar la función (DME -0.26; IC 95% -0.37 a -0.15).; sin embargo, la incidencia de náuseas, mareos, estreñimiento, vómitos, somnolencia y boca seca también fue significativamente mayor.	**1++** **SIGN** *Chaparro L, 2013*
E	Una RS enfocada en el uso de fármacos en dolor lumbar agudo y crónico, identificó que los opioides fuertes (morfina, oximorfona, hidromorfona y tapentadol) se asociaron con mayor alivio en la intensidad del dolor a corto plazo (DME, -0.43; IC, -0.52 a -0.33) y mejora en la función (cuatro estudios: DME, -0.26; IC -0.37 a -0.15) en comparación con el placebo; sin embargo, también se asociaron a un mayor riesgo para náuseas, mareos, estreñimiento, vómitos, somnolencia, y boca seca.	**1-** **SIGN** *Chou R, 2017*
E	Una RS con MA para la evaluación de la eficacia y tolerabilidad de opioides en el manejo de dolor lumbar y la investigación de sus efectos dosis-respuesta, reportó evidencia de alta a moderada calidad de seis ECAs (n=2605), que los analgésicos opioides disminuyen la intensidad del dolor a corto y mediano plazo (DM −10.1; IC 95%, −12.8 a −7.4 y DM −8.1; IC 95%, −10.2 a −6.0, respectivamente) en pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico que toleran estos medicamentos, pero no en casos de dolor lumbar agudo. Sus efectos para mejorar la función son inciertos. Las respuestas clínicamente significativas respecto al alivio del dolor a corto plazo con el uso de opioides, no se encuentran dentro de las dosis recomendadas para el dolor lumbar inespecífico.	**1+** **SIGN** *Shaheed C, 2016*
R	No se recomienda el uso de opioides fuertes de rutina para el tratamiento de dolor lumbar agudo inespecífico.	**A** **SIGN** *Shaheed C, 2016*
R	Se sugiere no utilizar opioides fuertes para el tratamiento del dolor lumbar crónico inespecífico, debido al mayor riesgo de efectos secundarios y posibles efectos adversos.	**A** **SIGN** *Shaheed C, 2016*

E	Una RS sobre el uso de fármacos en dolor lumbar agudo y crónico, reportó evidencia de buena calidad que los relajantes musculares fueron superiores al placebo para alivio del dolor lumbar inespecífico (30% de mejora en una escala visual análoga) a corto plazo, después de dos a cuatro días (cuatro ECAs: RR, 1.25; CI, 1.12 a 1.41; *I*2 = 0%) y de cinco a siete días (tres ECAs: RR, 1.72; IC, 1.32 to 2.22; *I*2 = 0%). La evidencia fue insuficiente para determinar los efectos en función. Comparados con placebo, los relajantes musculares se asociaron con incremento de sedación (ocho estudios: RR, 2.04 [IC, 1.23 a 3.37]; *I*2 = 50%).	**1-** **SIGN** *Chou R, 2017*
E	Una RS con MA evalúo la eficacia y tolerabilidad de los relajantes musculares para el dolor lumbar inespecífico, a través de cinco ECAs (n=496) con evidencia de alta calidad, encontró que el carisoprodol, disminuye la intensidad del dolor agudo a corto plazo (DM -21.3, [-29.0, -13.5]; p < 0.001). Resultados de un ECA con muy baja calidad de evidencia no respaldan el uso de relajantes musculares para dolor lumbar crónico, ni por tiempo prolongado, ya que su efecto no es clínicamente significativo (DM -4.0 [-8.6, 0.6]; p = 0.09).	**1+** **SIGN** *Shaheed C, 2016*
E	Una RS cuyo objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de epiresona en pacientes con dolor lumbar, reportó que 100 mg/día de epiresona por 12 días mostró una eficacia similar que 8mg de tiocolchicosido para la reducción del dolor espontáneo (30.54% y 31.23% respectivamente; p < 0.001) en pacientes con dolor lumbar agudo inespecífico.	**1-** **SIGN** *Bavage S, 2016*
E	Una RS cuyo objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de epiresona en pacientes con dolor lumbar, reportó que la eperisona es tan efectiva como la tizanidina para reducir los síntomas de dolor después de 5, 10, 15 y 30 días de tratamiento, en pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico.	**2++** **SIGN** *Bavage S, 2016*
Rc	Se sugiere el uso de relajantes musculares como complemento para el manejo farmacológico del dolor lumbar agudo inespecífico.	**A** **SIGN** *Shaheed C, 2016*
✓	El uso de relajantes musculares solo debe ser considerado en pacientes que en la exploración física se identifique espasmo muscular.	**PBP**

E	Una RS para determinar la efectividad de las intervenciones farmacológicas en el dolor lumbar crónico inespecífico, reportó evidencia de moderada calidad proveniente de cuatro ECAs, que no existe diferencia en la intensidad del dolor (DME -0.02; IC 95% -0.26 a 0.22), ni en el estado funcional entre el uso de antidepresivos y placebo.	**1+** **SIGN** *Kuijpers T, 2011*
E	Una RS con MA sobre la seguridad y efectividad de las intervenciones farmacológicas en el dolor lumbar crónico inespecífico, no encontró diferencias entre uso de antidepresivos tricíclicos (cuatro ECAs: DME, -0.10; IC, -0.51 a 0.31; *I*2 =32%), inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (tres ECAs: DME, 0.11; IC, -0.17 a 0.39; *I*2 = 0%) y placebo; sin embargo, tres ensayos asociaron la duloxetina a una disminución en la intensidad del dolor, mejoría en la función y aumento de efectos secundarios (principalmente náuseas) en un seguimiento de 12 semanas.	**1+** **SIGN** *Chou R, 2017*
E	Una RS con MA de 15 ECAs, con objetivo de identificar evidencia potencialmente relevante de la eficacia de la duloxetina comparada con otros fármacos para el tratamiento del dolor lumbar crónico inespecífico, encontró que la duloxetina no presenta diferencias en la disminución de la intensidad del dolor, comparado con placebo. En comparación directa, los opioides resultaron más efectivos que la duloxetina, aunque la diferencia media estandarizada fue pequeña (DME-0.15; ICr 95 % -0.29, -0.01).	**1+** **SIGN** *Cawston H, 2012*
E	Una RS sobre la seguridad y efectividad de los opioides, AINEs y antidepresivos para el tratamiento de dolor lumbar crónico inespecífico, a través del análisis combinado de dos pequeños ECAs con un total de 132 pacientes, mostró que no hay diferencia significativa en la mejora de ninguno de los resultados entre los que toman antidepresivos y los que toman placebo (DME –0.06; IC 95%, –0.40 a 0.29 y DM 0.06; 95%; IC, –0.029 a 0.40, respectivamente) para la lumbalgia crónica inespecífica. El análisis agrupado no reveló una diferencia significativa en la disminución de la intensidad del dolor entre los antidepresivos tricíclicos en comparación con placebo (tres ECAs, n=148) o los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en comparación con placebo (tres ECAs, n=199) (DME –0,10; IC del 95%, –0,51 a 0,31 y DME 0,11; IC del 95%, –0,17 a 0,39, respectivamente).	**1+** **SIGN** *White A, 2011*
R	No se recomienda el uso de antidepresivos para el tratamiento de dolor lumbar cónico inespecífico, debido a que la evidencia señala que no hubo diferencia en la intensidad del dolor ni en función, entre la administración de antidepresivos y placebo. Sin embargo, en un subgrupo	**A** **SIGN** *White A, 2011*

	de pacientes los antidepresivos disminuyeron la ansiedad, depresión y otros síntomas psicosociales.	
✓	En caso de identificar pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico con un claro componente psicoafectivo, el uso de antidepresivos siempre debe ser valorado en conjunto con el experto en salud mental.	**PBP**
E	Una RS con objetivo de demostrar los efectos del uso de gabapentina y pregabaliana en los pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico, analizó tres diferentes grupos: gabapentina (GB) en comparación con placebo (tres ECAs, n = 185), que mostró una mejoría mínima en la intensidad del dolor (DM 0.22; IC 95% −0.5 a 0.07, I2 =0%) a favor de la GB; pregabalina (PG) con otros tipos de medicación analgésica (tres ECAs, n = 332), mostró una mejoría mayor en el grupo de otros analgésico (DM 0.42; , IC 95% [0.20 a 0.64] I2 = 0); y estudios que utilizaron PG como adyuvante (n = 423), los cuales no se agruparon debido a la heterogeneidad, pero el mayor de ellos no mostró ningún beneficio al agregar PG a tapentadol. Se concluye que el uso de gabapentina y pregabalina en comparación con placebo o analgésicos opioides, se asoció con un aumento significativo de efectos secundarios, sin evidencia de mejoría significativa de los puntajes del dolor. Los efectos secundarios de los gabapentinoides más frecuentemente reportados fueron mareo, fatiga, dificultades de memoria y alteraciones visuales.	**1+** **SIGN** *Shanthanna H, 2017*
E	Una RS que buscó el uso de fármacos en dolor lumbar agudo y crónico, reportó que la pregabalina no presentó efectos sobre la intensidad del dolor ni la función en comparación con placebo (diferencia de 0.14 a 0.21 en un escala del 0 al 10).	**1-** **SIGN** *Chou R, 2017*
R	No se recomienda el uso de gabapentina o pregabalina en pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico.	**A** **SIGN** Chou R, 2017
✓	El clínico valorará el uso de gabapentinoides, solo en caso de identificar un componente radicular.	**PBP**

E	Una RS que buscó evidencia actual para el uso de fármacos en dolor lumbar agudo y crónico, reportó que para el dolor lumbar agudo no radicular, no se encontraron diferencias en la disminución de la intensidad del dolor ni en la mejoría de la función con administración de corticoesteroides sistémicos contra placebo.	**1-** **SIGN** *Chou R, 2017*
R	No se sugiere el uso rutinario de corticoesteroides sistémicos para el tratamiento de dolor lumbar agudo inespecífico.	**B** **SIGN** *Chou R, 2017*

2.2. Intervenciones de terapia física

Pregunta 2. En adultos de 18 a 59 años de edad con dolor lumbar inespecífico, ¿qué modalidades de fisioterapia son eficaces para disminuir el dolor y mejorar la función?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	En una RS con objetivo de investigar la efectividad de las intervenciones disponibles para personas con dolor lumbar agudo, mostró a través de resultados agrupados de dos estudios de muy baja calidad, un efecto negativo estadísticamente significativo del reposo en cama (RR 1.8; IC 95% = 1.5 a 2.2), con resultados que favorecen la actividad normal. Se concluye que no hay ningún efecto favorable del reposo en cama sobre el dolor ni función, en pacientes con dolor lumbar agudo inespecífico.	**1-** **SIGN** *Shaheed C, 2014*
E	Una RS con objetivo de investigar la relación de los niveles de actividad y el dolor lumbar, incluyó un estudio de cohorte que mostró que los niveles más bajos de actividad, estaban inversamente asociados al dolor ($p<0.05$) y discapacidad ($p<0.05$) relacionada con el dolor lumbar crónico inespecífico.	**2++** **SIGN** *Hendrick P, 2011*
R	*No se recomienda el reposo en cama en pacientes con dolor lumbar inespecífico.*	***B*** ***SIGN*** *Shaheed C, 2014*

Rc	Se recomienda mantener, restaurar y aumentar la actividad como parte del tratamiento integral, en pacientes con dolor lumbar agudo y crónico inespecífico.	**B** **SIGN** *Hendrick P, 2011*
✓	Por consenso de expertos, el mantener y reincorporar gradualmente a sus actividades cotidianas a pacientes con dolor lumbar inespecífico, requiere la guía de un programa de higiene de columna.	**PBO**
E	Una RS con objetivo de determinar si los AINEs son más eficaces que otros tratamientos para el dolor lumbar crónico inespecífico, detectó un ECA que comparó el uso de AINEs contra un programa de ejercicio a domicilio, mostrando mejoría significativamente mayor a favor del ejercicio en el estado funcional, después de ocho semanas de seguimiento. No hubo diferencia en la intensidad del dolor.	**1++** **SIGN** *Enthoven W, 2016*
E	Una RS para determinar la efectividad de las intervenciones de rehabilitación y terapia física para el tratamiento de dolor lumbar crónico inespecífico, identificó cuatro ECAs con baja calidad de la evidencia, que mostraron una disminución significativa en la intensidad del dolor y mejora en la función a favor del ejercicio terapéutico (DMP -9.23; CI 95% -16.02; -2.43 y DMP-12.35; CI 95% -23.00,-1.69; respectivamente). Tres estudios con seguimiento a largo plazo, no encontraron diferencias estadísticamente significativas para la disminución de la intensidad del dolor (DMP -4.94 [IC 95% -10.45; 0.58]); sin embargo, existió una mejora en la función estadísticamente significativa a favor del ejercicio terapéutico (DMP-3.17 [IC 95% -5.96;-0.38]). Hasta el 80% de los pacientes que realizaron ejercicio se consideraban a sí mismos recuperados a los tres meses de seguimiento.	**1++** **SIGN** *Middelkoop M, 2011*
E	Una RS para determinar la efectividad de las intervenciones de rehabilitación y terapia física en el tratamiento de dolor lumbar crónico inespecífico, reportó un ECA con bajo riesgo de sesgo (n=240) que comparó un programa de ejercicio general (fortalecimiento y estiramientos) contra un programa de ejercicios de estabilización lumbar (mejora funcional de músculos específicos del tronco), durante 12 semanas. El grupo de ejercicios de estabilización lumbar tuvo resultados ligeramente mejores que el grupo de ejercicio general en el seguimiento a ocho semanas.	**1++** **SIGN** *Middelkoop M, 2011*

E	Una RS con MA revisó los efectos de ejercicios de estabilidad central en comparación con ejercicio general en pacientes con dolor lumbar crónico, reportó cinco ECAs (n= 414), cuya agrupación revelo que los ejercicios de estabilización lumbar (o estabilidad central, "CORE"), son mejores que el ejercicio general para aliviar el dolor [DM 21.29; IC 95% (22.47, 20.11); p = 0.003] y mejorar el estado funcional a corto plazo [DM 27.14; IC 95% (211.64, 22.65); p = 0.002]. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en el seguimiento a 6 meses, entre ambos tipos de ejercicio [DM 20.50; IC 95% (21.36, 0.36); p = 0.26]. El modelo de ejercicios de estabilización lumbar tiene como objetivo optimizar el funcionamiento del subsistema muscular y de control neural, ya que ambos trabajan juntos para la estabilidad y movilidad espinal, por lo que siempre deben incluirse en un programa de ejercicio terapéutico.	**1+** **SIGN** *Wang X-Q, 2012*
E	Una RS referente a la efectividad de los ejercicios de estabilización lumbar (CORE) para el tratamiento de dolor lumbar en atletas, concluyó que los ejercicios de estabilización lumbar son más eficaces que otras intervenciones (ultrasonido, diatermia de onda corta y ejercicio convencional), para la disminución de la intensidad del dolor y mejoría funcional; sin embargo, debido al número reducido de estudios y la heterogeneidad entre ellos, la calidad de la evidencia es baja.	**2++** **SIGN** *Stuber KJ, 2014*
E	Una RS con MA cuyo objetivo fue investigar la efectividad de los ejercicios de estabilización lumbar en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico, combinó los resultados de 22 ECAs de alta calidad (n= 2,258) demostrando un beneficio significativo de los ejercicios de estabilización lumbar en comparación con cualquier tratamiento o control alternativo, para la disminución de la intensidad del dolor a corto (DM -7.93; IC 95% -11.74 a -4.12), mediano (DM -6.10; IC 95% -10.54 a -1.65) y largo plazo (DM -6.39; IC 95%-10.14 a -2.65). Sin embargo, el análisis de subgrupos entre ejercicios de estabilización lumbar contra otras formas de ejercicio, demostró diferencias clínica y estadísticamente no significativa entre grupos (DM -3.06; IC del 95%: -6.74 a 0.63), por lo que los resultados generales del MA sugieren que los ejercicios de estabilización para dolor lumbar ofrecen solo un beneficio mínimo en el corto y mediano plazo en comparación con otras formas de ejercicio.	**1+** **SING** *Smith B, 2014*
R	Se recomienda que los profesionales encargados de establecer programas de ejercicio terapéutico en pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico, valoren el modelo de ejercicios de estabilización lumbar como parte de las intervenciones.	**A** **SIGN** *Wang X-Q, 2012* *Smith B, 2014*

E	Una RS que analizó los efectos del entrenamiento propioceptivo en el alivio del dolor y restauración funcional en pacientes con dolor de cuello o espalda crónico (≥tres meses), reportó dos estudios (n=80) con muy baja calidad de la evidencia, que compararon el entrenamiento propioceptivo contra ejercicios de higiene de columna. El entrenamiento propioceptivo fue más efectivo para disminuir la intensidad del dolor a corto plazo; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas a largo plazo.	**1+** **SIGN** *McCaskey M, 2014*
E	Una RS que investigó los efectos del ejercicio de control motor en pacientes con dolor lumbar crónico recurrente, obtuvo resultados de siete ECAs, que el ejercicio de control motor es superior al ejercicio general respecto a la disminución en la intensidad del dolor a corto (DMP,-7.80; IC,-10.95 a-4.65) y mediano plazo (DMP,-6.06; IC,-10.94 a-1.18), y también respecto a la mejora de la función a corto (DMP,-4.65; IC,-6.20 a-3.11), mediano (DMP,-4.86; IC,-8.59 a-1.13), y largo plazo (DMP,-4.72; IC,-8.81 a-0.63). El análisis de tres estudios que compararon el terapia manual con ejercicios de control motor, mostraron que los ejercicios de control motor fueron superiores respecto a la mejora de la función a corto (DMP,-6.12; IC,-11.94 a-0.30), mediano (DPM,-5.27; CI,-9.52 a-1.01), y a largo plazo (DMP,-5.76; IC, -9.21 a -2.32). No se encontraron diferencias significativas respecto al dolor.	**1+** **SIGN** *Byström M, 2013*
R	Se recomienda incluir programas de retroalimentación propioceptiva (feedback), en el tratamiento de pacientes con dolor lumbar crónico recurrente, con el objetivo de reducir el estrés mecánico, restituir patrones de movimiento normales y mejorar la coordinación muscular.	**A** **SIGN** *McCaskey M, 2014*
E	Una RS cuyo propósito fue determinar la eficacia de las estrategias de carga mecánica a través del método McKenzie en dolor lumbar inespecífico, identificó un ECA de alta calidad, el cual mostró que el método McKenzie fue significativamente más eficaz para disminuir el dolor a corto plazo (DME 0.8, IC 0.5 a 1.2), mejorar la función (DME 0.5, IC 0.2 a 0.9) y la participación laboral (DME 0.6, IC 0.3 a 1.0) en comparación con ejercicios lumbares y estiramientos. Estas intervenciones deben prescribirse y supervisarse por profesionales certificados.	**1+** **SIGN** *Surkitt L, 2012*
E	Una RS cuyo propósito fue determinar la eficacia de las estrategias de carga mecánica a través del método McKenzie en dolor lumbar inespecífico, reportó un ECA de alta calidad que concluye que los ejercicios de extensión combinados con movilización pasiva lumbar, mejoran significativamente la función en un seguimiento de cuatro	**1+** **SIGN** *Surkitt L, 2012*

	semanas (DME 0.6, IC 0.1 a 1.2) en comparación con un programa de fortalecimiento general. Estas intervenciones deben prescribirse y supervisarse por profesionales certificados.	
R	Se recomienda la intervención con método McKenzie en pacientes con dolor lumbar inespecífico. Estas intervenciones solo deben prescribirse y supervisarse por profesionales certificados.	**A** **SIGN** *Surkitt L, 2012*
E	Una RS con MA de siete ECAs (n=331) que analizó la efectividad del ejercicio acuático para el dolor lumbar inespecífico, mostró una reducción significativa en la intensidad del dolor y mejora en la función en pacientes tratados con terapia acuática en comparación con otras intervenciones como ejercicios generales o fisioterapia (DME −0.65; IC 95% −1.16 a −0.14; I2 de heterogeneidad 78%; modelo de efectos aleatorios). Debido al valor de I2, se realizó un análisis de sensibilidad por omisión de cada estudio para evaluar estabilidad de los resultados, indicando que los resultados se mantienen estables. Por lo tanto, existe una correlación positiva entre la terapia acuática y mejoría del dolor y la función.	**1+** **SIGN** *Shi Z, 2017*
R	Se recomienda el ejercicio terapéutico acuático para reducir la intensidad del dolor y mejorar la función, como parte de un programa integral en pacientes con dolor lumbar inespecífico.	**A** **SIGN** *Shi Z, 2017*
Rc	Se recomienda la prescripción de ejercicio terapéutico de estabilización lumbar (o estabilidad central "CORE"), método McKenzie, ejercicios propioceptivos o ejercicios terapéuticos acuáticos en pacientes con dolor lumbar inespecífico.	**A** **SIGN** *Wang X-Q, 2012* *Surkitt L, 2012* *McCaskey M,2014* *Shi Z, 2017*
✓	El ejercicio terapéutico es fundamental como parte del manejo integral del paciente con dolor lumbar inespecífico.	**PBP**
✓	Debido a que la evidencia es controversial respecto a qué tipo de ejercicios terapéuticos son superiores para disminuir la intensidad del dolor y mejorar la función en pacientes con dolor lumbar inespecífico, el clínico debe valorar el tipo de ejercicio que implementará (estabilización lumbar, método Mckenzie, ejercicios propioceptivos o ejercicios acuáticos)	**PBP**

	con base en las características del paciente y los recursos disponibles. Estas intervenciones siempre deben prescribirse y supervisarse por profesionales certificados.	
E	Programas populares de acondicionamiento físico, como Tai Chi, Yoga y Pilates, se basan en los principios de ejercicios de estabilidad central.	**1+** **SIGN** *Wang X-Q, 2012*
E	Una RS con el objetivo de determinar si el Tai Chi es benéfico en personas con dolor músculo esquelético, encontró evidencia de muy baja calidad (dos ECA, n=348) que el Tai Chi es más efectivo que la no intervención (controles en lista de espera), para la disminución de la intensidad del dolor lumbar inespecífico a corto plazo [DME 1.58 [IC 95% 3.45, 0.25]); sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Con respecto a la mejoría de la función a corto plazo, evidencia de baja calidad (un ECA, n=160), mostró que el Tai Chi fue más efectivo que la no intervención (DME 0.64 [IC 95% 0.98, 0.31]).	**1+** **SIGN** *Hall A, 2017*
E	Una RS para determinar la efectividad de las intervenciones de rehabilitación y terapia física en el tratamiento de dolor lumbar crónico inespecífico, identificó un ECA que comparó los resultados de un programa de yoga contra ejercicios convencionales durante 12 semanas, reportando una diferencia significativa en mejoría de la función a favor del yoga.	**1++** **SIGN** *Middelkoop M, 2011*
E	Una RS con objetivo de integrar la evidencia actual en torno a intervenciones no farmacológicas en dolor lumbar agudo y crónico, encontró evidencia con bajo riesgo de sesgo, que el yoga en comparación con la atención de primer contacto se asoció con puntuaciones de dolor más bajas (24 contra 37 en la escala visual análoga de 0 a 100; P <0.001) y una mejoría en la función (18 vs. 21 en Índice de Discapacidad de Oswestry (P <0.01) las 24 semanas.	**1+** **SIGN** *Chou R, 2017*
E	Una RS sobre la efectividad del método Pilates en el tratamiento de dolor lumbar crónico inespecífico, mostró que pacientes sometidos a un programa supervisado de Pilates dos veces a la semana durante 1 año, tuvieron significativamente disminución en la intensidad del dolor y mejora en la función, en comparación con personas que realizaron solo un programa de casa. Se concluye que el método Pilates tiene un efecto beneficioso para reducir la intensidad del dolor y la mejoría	**1+** **SIGN** *Patti A, 2014*

	de la función en pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico, ya que a través del ejercicio funcional, mejora la fuerza y la resistencia muscular de manera gradual, hasta permitir un adecuado control postural.	
E	Una RS con MA que incluyó siete ECAs, concluyó que un programa de ejercicios basado en el método Pilates es más efectivo para disminuir la intensidad del dolor y mejorar la función, en comparación con intervenciones sin ejercicio (DME agrupada, –2.72; IC 95%: –5.33, –0.11; P = .04). Sin embargo, no fue más efectivo que otras formas de ejercicio (DME agrupado, 0.03; IC 95%: –0.52, 0.58; P = .92). Desde una perspectiva clínica, estos ejercicios deben prescribirse y supervisarse por profesionales debidamente capacitados.	**1+** **SIGN** *Wyn Lim E, 2011*
E	Una RS con objetivo de determinar los efectos del método Pilates en pacientes con dolor lumbar inespecífico agudo, subagudo o crónico, encontró que la intervención con Pilates parece ser un tratamiento efectivo en comparación con la atención de primer contacto, pero en comparación con otros tipos de ejercicios, el efecto tiende a ser más pequeño o no hay diferencia en la efectividad observada.	**1++** **SIGN** *Yamato T, 2015*
Rc	Se recomienda la incorporación a programas de acondicionamiento físico basados en los principios de ejercicios de estabilización lumbar, como Tai Chi, Yoga y Pilates, los cuales deben prescribirse y supervisarse por profesionales debidamente capacitados.	**A** **SIGN** *Middelkoop M, Wyn Lim E, 2011* *Hall A, 2017*
✓	Por conceso de expertos se concluye que el uso de programas de Tai Chi, Yoga y Pilates pueden recomendarse en pacientes con dolor lumbar inespecífico para favorecer el apego a programas de actividad física una vez concluido el tratamiento.	**PBP**
E	Una RS con objetivo de integrar las intervenciones no farmacológicas en dolor lumbar agudo y crónico, encontró una asociación entre ejercicio y una menor probabilidad de incapacidad laboral en el seguimiento a largo plazo, aproximadamente 12 meses, (diez comparaciones en ocho ensayos: OR 0.66; IC, 0.48 a 0.92).	**1+** **SIGN** *Chou R, 2017*
E	Una RS con objetivo de investigar la efectividad de las acciones preventivas para dolor lumbar inespecífico, presentó resultados agrupados que proporcionaron evidencia de baja calidad de un efecto protector del ejercicio a largo plazo (> 12 meses). Se proporciona evidencia de muy baja calidad, que el ejercicio combinado con un programa de educación al	**1+** **SIGN** *Steffens D, 2016*

	paciente, reduce el riesgo de baja por enfermedad a largo plazo.	
Rc	Se recomienda combinar un programa de ejercicio con un programa de educación al paciente, para reducir el riesgo de recaída de dolor lumbar y disminuir el tiempo de incapacidad laboral.	**A** **SIGN** *Chou R, 2017*
E	Un MA de siete ECAs analizó el uso de Electro Estimulación Nerviosa Trascutánea (TENS) y Corrientes Interferenciales (CI) en dolor lumbar crónico inespecífico, concluyendo que los TENS y las CI son superiores al placebo para reducir la intensidad del dolor durante e inmediatamente después del tratamiento (efecto global -1.44; IC 95% -2.64 a -0.24; p = 0.02, I2 = 34%). Su efecto a mediano y largo plazo es incierto, debido a la baja calidad de los estudios y la gran heterogeneidad entre ellos.	**1++** **SIGN** *Resende L, 2017*
R	Se recomienda el uso de TENS o Corrientes Interferenciales para disminuir la intensidad del dolor lumbar inespecífico.	**A** **SIGN** *Resende L, 2017*
E	Una RS que investigó la efectividad de las intervenciones terapéuticas no farmacológicas disponibles para personas con dolor lumbar agudo, encontró un ECA con evidencia de baja calidad, que el tratamiento con compresas húmedo caliente alivió el dolor lumbar inespecífico de forma inmediata (DM 13.5 [IC 95% = 21.3 a 5.7]); sin embargo, no hubo resultados disponibles más allá del quinto día.	**1-** **SIGN** *Shaheed C, 2014*
R	Se sugiere la aplicación de compresa húmedo caliente para alivio del dolor lumbar agudo inespecífico.	**B** **SIGN** *Shaheed C, 2014*
✓	La aplicación TENS, CI o compresa húmedo caliente debe tener como objetivo proporcionar un efecto analgésico inmediato, previo a la realización de ejercicio terapéutico.	**PBP**
E	Una RS para determinar la efectividad de las intervenciones de rehabilitación y terapia física en el tratamiento de dolor lumbar crónico inespecífico, encontró dos ECAs (n=61) con un bajo riesgo de sesgo que proporcionaron evidencia de baja calidad, que la terapia con láser de baja intensidad fue más eficaz en el alivio del dolor en comparación con láser simulado (DME -13.57 [IC 95% -26.67; -0.47]).	**1++** **SIGN** *Middelkoop M, 2011*

R	Se sugiere que el uso de láser terapéutico de baja intensidad puede ser benéfico para el alivio del dolor lumbar crónico inespecífico.	**B** **SIGN** *Middelkoop M, 2011*
✓	El uso de láser de baja intensidad debe valorarse sólo en pacientes con puntos dolorosos lumbares bien localizados.	**PBP**
E	Una RS reportó un ECA que concluyó que el masaje de relajación o estructural tuvo pequeños efectos respecto a la disminución de la intensidad del dolor a corto plazo (DM 0.6 a 0.94 puntos en una escala de 0 a 10 puntos) y en la mejora de la función en el Cuestionario de Discapacidad de Roland Morris (media, 2.0 a 2.9 puntos) en comparación con la atención habitual en 10 a 12 semanas.	**1+** **SIGN** *Chou R, 2017*
E	Una RS que evalúo los efectos de masoterapia en personas dolor lumbar crónico inespecífico, reportó evidencia de muy baja calidad que el masaje disminuye la intensidad del dolor (siete ECAs, n=761: DME-0.75, IC 95%: -0.90 a -0.60; I^2 estadística = 0%) y la función a corto plazo (DME -0.72, IC del 95%: -1.05 a -0.39; seis ECAs, n=725; I^2 estadística = 74%) pero los efectos no se mantienen durante el seguimiento a largo plazo.	**1++** **SIGN** *Furlan A, 2015*
E	Una RS de 26 ECAs (n=6070) que evaluó la eficacia de las terapias de manipulación de columna en el dolor lumbar inespecífico, encontró evidencia de alta calidad que las terapias de manipulación de columna tienen un efecto significativo sobre la disminución del dolor y la mejora de la función a corto plazo, sin embargo, sus efectos no son clínicamente más importantes que otras intervenciones.	**1++** **SIGN** *Rubinstein S, 2011*
R	Se recomienda la masoterapia como parte del tratamiento del dolor lumbar agudo y crónico inespecífico.	**A** **SIGN** *Furlan A, 2015*
✓	El uso de masoterapia solo debe ser considerado en pacientes con una exploración física que identifique espasmo muscular.	**PBP**

E	Una RS con MA de 16 ECAs, reveló que la punción seca fue más efectiva que la acupuntura para aliviar la intensidad del dolor y la mejora de la función en la post-intervención de pacientes con dolor lumbar subagudo y crónico inespecífico. Sin embargo, la seguridad del método no está clara debido a que la evidencia actual es incierta, por lo que siempre debe ser realizada por profesionales certificados.	**1+** **SIGN** *Hu H, 2018*
✓	El uso de punción seca puede ser benéfico en pacientes con puntos gatillo. Siempre debe ser realizado por profesionales certificados.	**PBP**
E	Una RS para determinar la efectividad de las intervenciones de rehabilitación y terapia física en el tratamiento de dolor lumbar crónico inespecífico, reportó un ECA con alto riesgo de sesgo (n=42) que comparó la combinación de tracción y ejercicios de fisioterapia con sólo ejercicios de fisioterapia, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en la disminución de la intensidad del dolor, ni mejora de la función después de tres meses de seguimiento entre ambos grupos.	**1++** **SIGN** *Middelkoop M, 2011*
R	No se recomienda el uso de tracción en pacientes con dolor lumbar inespecífico.	**A** **SIGN** *Middelkoop M, 2011*

2.3. Intervenciones de terapia ocupacional

Pregunta 3. En adultos de 18 a 59 años de edad con dolor lumbar inespecífico, ¿cuál es el efecto de la intervención mediante educación postural para disminuir su recurrencia?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	Una RS para determinar la efectividad de las intervenciones de rehabilitación y terapia física en el tratamiento de dolor lumbar crónico inespecífico, reportó dos ECAs que mostraron mejoría en la función a corto plazo, en pacientes que recibieron un programa de higiene de columna, en comparación con controles en lista de espera (DMP 13.04 [IC 95% -37.04; 10.95]. Un estudio con un bajo riesgo de sesgo no encontró diferencias en la intensidad del dolor, entre intervenciones de higiene de columna y controles en lista de espera.	**1++** **SIGN** *Middelkoop M, 2011*

E	Una RS para determinar la efectividad de las intervenciones de rehabilitación y terapia física en el tratamiento de dolor lumbar crónico inespecífico, reportó un ECA con un alto riesgo de sesgo que comparó la enseñanza de higiene de columna con un material de apoyo visual. En un seguimiento a 6 y 12 meses, hubo una diferencia estadísticamente significativa en la disminución de la intensidad del dolor y la mejora en función a favor del grupo que recibió enseñanza de higiene de columna.	**1++** **SIGN** *Middelkoop M, 2011*
E	Una RS que analizó el efecto de las escuelas de columna en adultos con dolor lumbar agudo inespecífico, encontró evidencia de muy baja calidad (un ECA, n=170) que los programas de analgésicos y fisioterapia (medios físicos y ejercicios) que incluyeron intervenciones de higiene de columna, fueron más efectivos que solo fisioterapia en la mejoría de la función en el seguimiento a corto plazo (DM 1.78, IC 95% 0.52 a 3.04), sin diferencias a mediano y largo plazo. Sin embargo, los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la disminución de la intensidad del dolor entre el grupo de terapia física más programa de higiene de columna y el grupo de solo fisioterapia, en el seguimiento a corto (DM 0.50, IC 95% – 0.07 a 1.07), mediano (DM 0.30; IC del 95%: -0.34 a 0.94) y largo plazo (DM 0.20; IC del 95%: -0.47 a 0.87).	**1++** **SIGN** *Poquet N, 2016*
E	Una RS que analizó el efecto de las escuelas de columna en adultos con dolor lumbar crónico inespecífico, reportó un MA seis ECAs, que mostró evidencia de muy baja calidad, que los programas de higiene de columna son más efectivos para disminuir la intensidad del dolor en comparación con no recibir tratamiento (pacientes en lista de espera), en el seguimiento a corto plazo (DM -6.10; IC del 95%: -10.18 a -2.01; I2= 19%); sin embargo, no se encontraron diferencias a mediano plazo (DM -4.34, IC 95% -14.37 a 5.68; I2 = 71%). El análisis de tres ECAs mostró evidencia de muy baja calidad que los programas de higiene de columna fueron ligeramente mejores que ningún tratamiento para la mejoría de la función a corto plazo (DM-3.38, IC 95% -6.70 a-0.05; I2 = 0%). No se encontraron diferencias significativas a mediano y largo plazo, entre ambos grupos.	**1++** **SIGN** *Parreira P, 2017*
E	Una RS que analizó el efecto de las escuelas de columna en adultos con dolor lumbar crónico inespecífico, a través del MA de tres ECAs, informó evidencia de muy baja calidad, que un programa de higiene de columna no es superior a un programa de fisioterapia pasiva para disminuir la intensidad del dolor (DM 1.96, IC del 95%: -9.51 a 13.43; I2 = 94%), ni la mejoría de la función (DM 2.57; IC del 95%: -15.88 a 21.01; I2 = 82%) a corto plazo.	**1++** **SIGN** *Parreira P, 2017*

E	Una RS de cuatro ECAs que analizaron el efecto de las escuelas de columna en adultos con dolor lumbar crónico inespecífico, encontró pruebas de muy baja calidad que muestran una diferencia estadísticamente significativa, a favor de las intervenciones de enseñanza de higiene de columna para volver al trabajo. Hay evidencia de muy baja calidad que las escuelas de columna son efectivas sobre el estado del trabajo en el seguimiento a corto plazo.	**1++** **SIGN** *Poquet N, 2016*
E	Una RS concluyó que es costo efectivo involucrar intervenciones educativas con un enfoque de terapia ocupacional para disminuir significativamente los días de baja por enfermedad, en los seguimientos de uno y tres años.	**2++** **SIGN** *Andronis L, 2016*
Rc	Se recomienda la incorporación a programas de higiene de columna en el tratamiento de pacientes con dolor lumbar inespecífico, agudo y crónico, para disminuir dolor, mejorar la función y favorecer la reincorporación al trabajo a corto plazo.	**A** **SIGN** *Middelkoop M,* *Poquet N, 2016* *Andronis L, 2016*
✓	Los programas de higiene de columna deben abarcar aspectos ergonómicos laborales, ambientales y domésticos; los cuales pueden realizarse de forma individual o grupal, dependiendo las características del paciente.	**PBP**
E	Una RS con objetivo de investigar la efectividad de las acciones preventivas para dolor lumbar inespecífico, proporcionó evidencia de muy baja calidad (dos ECAs, n=329), que los soportes lumbares no presentan ningún efecto a corto plazo (1.01, IC 95%[0.71-1.44]), y evidencia de moderada calidad (un ECA, n= 8472) de que tampoco tiene efectos a largo plazo (0,85, IC95% [0,64-1.14]), para prevenir episodios de dolor lumbar inespecífico.	**1+** **SIGN** *Steffens D, 2016*
Rc	No se recomienda el uso de soportes lumbares para prevenir episodios de dolor lumbar inespecífico.	**A** **SIGN** *Steffens D, 2016*

2.4. Intervenciones psicosociales

Pregunta 4. En adultos de 18 a 59 años de edad con dolor lumbar inespecífico, ¿cuáles son los efectos de una intervención psicosocial?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	Una RS sobre el impacto del dolor lumbar en la vida de las personas, agrupó datos cualitativos que reportaron alta prevalencia de sentimientos de aislamiento, dificultades familiares y de convivencia, afectación en la vida sexual, la necesidad de modificar las tareas de trabajo y el miedo asociado a perderlo, preocupaciones sobre legitimidad, credibilidad y validación ante la falta de diagnóstico y de que "no hay nada visiblemente mal en ellos" que les impida realizar sus actividades y problemas relacionados con la interacción social. Las personas con dolor lumbar inespecífico enfatizaron que el impacto de su condición de salud va más allá de consideraciones funcionales.	**2++** **SIGN** *Froud R, 2014*
E	Una RS concluyó que el personal de salud no es capaz de identificar la complejidad de los pacientes con dolor lumbar debido a una falta de enfoque en los factores y barreras psicológicos, cognitivos y sociales que influyen en su atención. Se debe considerar que los pacientes excesivamente exigentes pueden reflejar barreras de atención como depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático.	**2++** **SIGN** *Synnott A, 2015*
Rc	Todo personal de salud que tenga contacto con personas con dolor lumbar inespecífico, debe tomar en cuenta factores biológicos, sociales y psicológicos, en su tratamiento.	**B** **SIGN** *Froud R, 2014*
E	Una RS con MA de 14 ECAs (n = 4872) proporcionó evidencia de moderada a alta calidad, que la educación del paciente con dolor lumbar agudo proporcionada por profesionales de atención primaria, brinda certeza sobre su padecimiento.	**1+** **SIGN** *Traeger A, 2015*
E	Los médicos de primer nivel de atención deben garantizar que el paciente que lo requiera, reciba intervenciones de terapia ocupacional, ejercicio y asesoramiento conductual, mediante la referencia oportuna a servicios especializados.	**2++** **SIGN** *Lin C, 2011*

Rc	Se recomienda que todo paciente con dolor lumbar inespecífico, en el que se edifiquen factores de riesgo para cronicidad, sean referidos a servicios especializados de rehabilitación.	**B** **SIGN** *Lin C, 2011*
E	Una RS confirmó que las expectativas negativas de los pacientes con dolor lumbar agudo/subagudo son un predictor estadísticamente significativo de ausencia laboral. Las probabilidades de permanecer ausente del trabajo en un momento dado más allá de las 12 semanas después del inicio del dolor, fueron dos veces mayores en aquellos con expectativas negativas sobre su recuperación (OR = 2.17, IC 95% 1.61 a 2.91). El análisis arrojó evidencia consistente del papel pronóstico de las expectativas de los pacientes. Es decir, las expectativas negativas sobre la recuperación fueron un fuerte predictor de futura incapacidad laboral.	**1+** **SIGN** *Hallegraeff J, 2012*
E	Una RS analizó la importancia de las banderas azules como un instrumento de identificación de factores pronóstico para la reincorporación al trabajo en pacientes con dolor lumbar inespecífico, tomando en cuenta insatisfacción, estrés, miedo, creencias de evitación (es decir, creencia de que el trabajo es perjudicial o miedo a volver a lesionarse), percepciones de demandas físicas de trabajo y pobre relación con compañeros y/o jefes.	**2++** **SIGN** *Gray H, 2011*
Rc	Las banderas azules deben ser identificadas en todo paciente con dolor lumbar inespecífico que desempeñe una actividad laboral remunerada, con fines pronósticos de reincorporación laboral.	**B** **SIGN** *Gray H, 2011*
✓	En los pacientes con dolor lumbar inespecífico que se identifiquen factores de riesgo para incapacidad laboral prolongada, deben ser valorados por servicios de psicología.	**PBP**
E	Una RS recomendó identificar los obstáculos biopsicosociales para que el paciente con dolor lumbar inespecífico se reincorpore a sus actividades, considerando las "banderas amarillas" para evaluar el riesgo de cronicidad o establecer pronóstico.	**1-** **SIGN** *Reese C, 2013*
Rc	Se recomienda que las banderas amarillas deben ser identificadas en todo paciente con dolor lumbar inespecífico para evaluar el riesgo de cronicidad o establecer pronóstico.	**A** **SIGN** *Reese C, 2013*

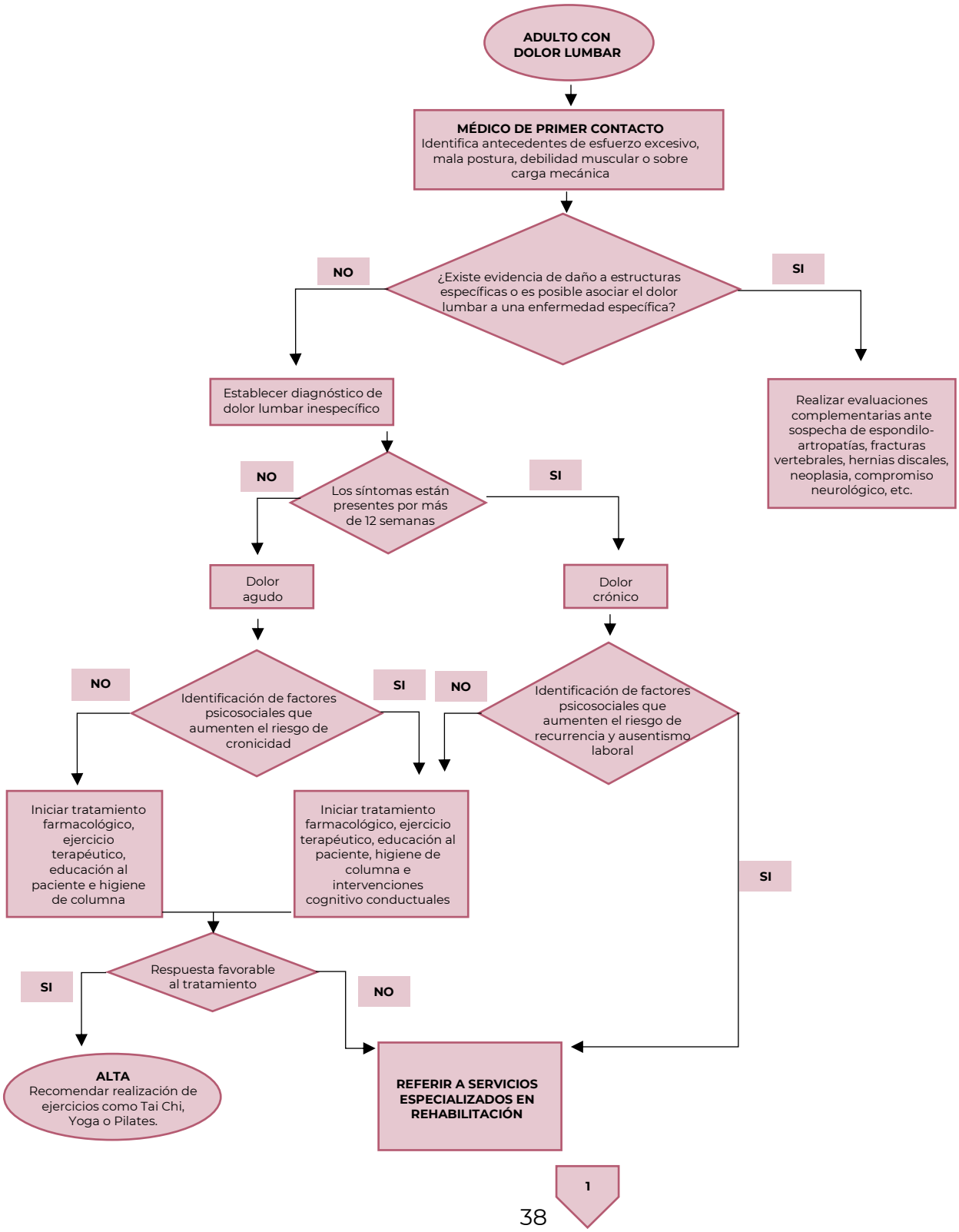
E	Existe evidencia de modera calidad, que la terapia conductual es efectiva en el tratamiento de dolor lumbar crónico a través de intervenciones que aborden los miedos y fomenten la reincorporación a las actividades cotidianas y al ejercicio.	**1-** **SIGN** *Reese C, 2013*
E	Una RS resaltó la importancia de la terapia cognitivo conductual en pacientes con dolor lumbar agudo/subagudo que presentan obstáculos para recuperarse. El dolor y las conductas relacionadas con el dolor (por ejemplo, inactividad física, quejarse y/o ausencia del trabajo), son controlados por el aprendizaje y el acondicionamiento. Por lo tanto, se requiere el refuerzo positivo de las conductas alrededor del ejercicio.	**1+** **SIGN** *Brunner E, 2013*
E	Una RS mostró la importancia de un enfoque psicoeducativo, para fortalecer conocimientos y habilidades individuales en pacientes con dolor lumbar inespecífico con alto riesgo de cronicidad y hacerlos participes en su proceso de atención. Hubo evidencia de baja calidad que la terapia cognitivo conductual es eficaz en la mejoría del dolor, función, calidad de vida y problemas laborales.	**1-** **SIGN** *Ramond-Roquina A, 2014*
E	Una RS para determinar la efectividad de las intervenciones de rehabilitación y terapia física en el tratamiento de dolor lumbar crónico inespecífico, reportó que intervenciones con tratamiento conductual adicional, presentan diferencias estadísticamente significativas en la disminución del dolor después del tratamiento, a las 6 semanas y a los 6 meses de seguimiento; además mostró un mejor pronóstico para la reinserción laboral.	**1++** **SING** *Middelkoop M, 2011*
Rc	Se recomienda que la terapia cognitivo conductual sea aplicada a pacientes identificados con alto riesgo de cronicidad y ausentismo laboral	**A** **SIGN** Ramond-Roquina A, 2014
E	Una RS examinó la efectividad de la rehabilitación multidisciplinaria con enfoque biopsicosocial, encontrando evidencia de muy baja calidad que fue más efectiva para reducir el dolor, mejorar la función y reducir la ausencia laboral, en comparación con solo atención médica Los participantes que recibieron rehabilitación multidisciplinaria con enfoque biopsicosocial tenían tres veces más la probabilidad de volver al trabajo al año y presentar menos períodos de ausencia por enfermedad, en comparación con los participantes que recibieron sólo atención médica.	**1++** **SIGN** *Marin T, 2017*

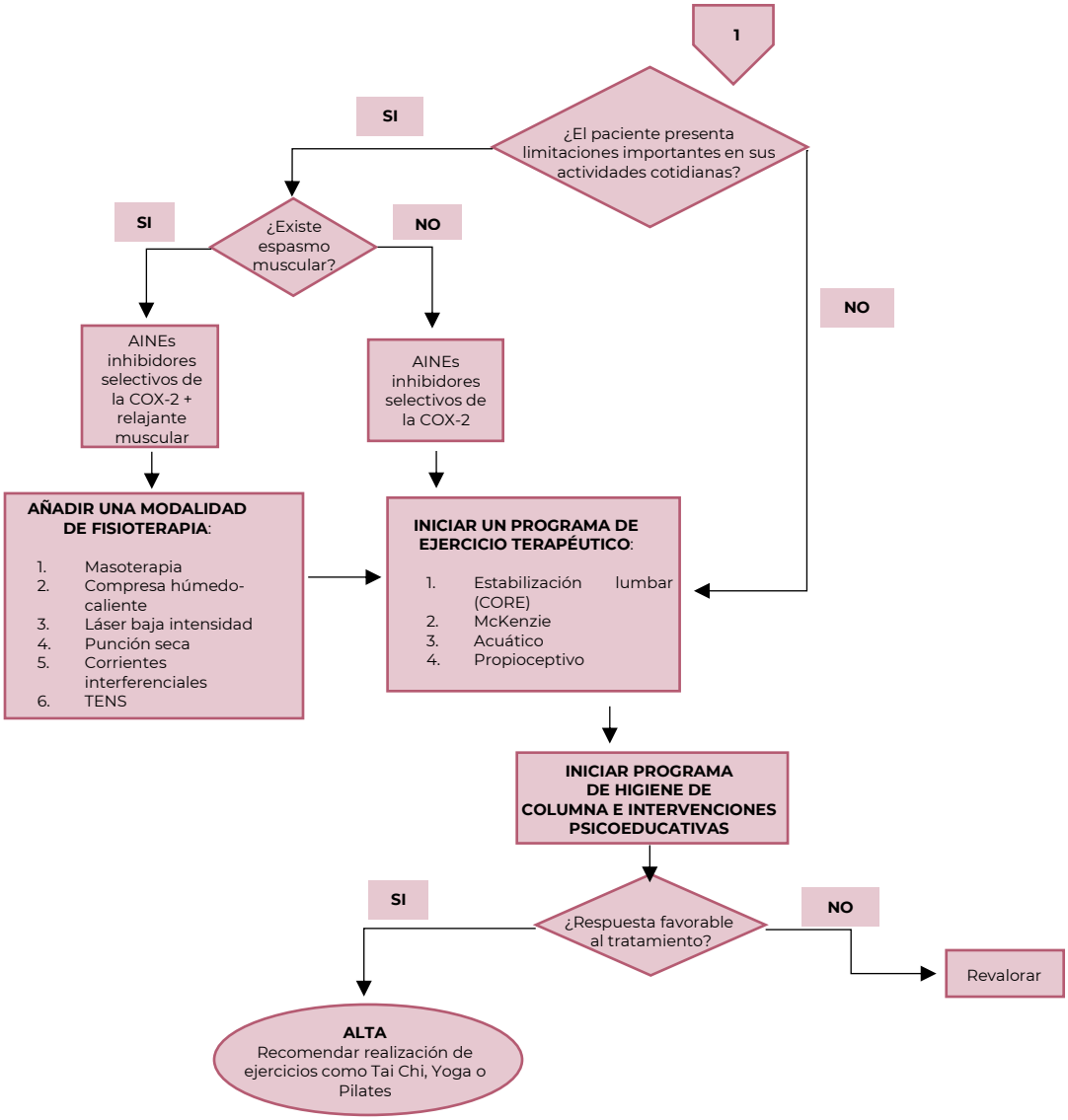
E	Una RS para determinar la efectividad de las intervenciones de rehabilitación y terapia física en el tratamiento de dolor lumbar crónico inespecífico, concluyó que la intervención multidisciplinaria favorece la mejora en el estado funcional y la reinserción laboral.	**1++** **SIGN** *Middelkoop M, 2011*
E	Una RS encontró que los pacientes con dolor lumbar crónico que recibieron tratamiento multidisciplinario de rehabilitación, tuvieron menor intensidad de dolor a corto plazo, mejoría en la función y mayor probabilidad de reincorporarse al trabajo que aquellos que recibieron la atención habitual.	**1+** **SIGN** *Chou R, 2017*
Rc	Se recomienda la rehabilitación multidisciplinaria con enfoque biopsicosocial en pacientes con dolor lumbar inespecífico, para aumentar la probabilidad de reincorporación laboral y presentar menos períodos de ausencia por enfermedad (diagrama de flujo).	**A** **SIGN** *Marin T, 2017*

3. ANEXOS

3.1. Diagramas de flujo

Manejo integral en rehabilitación del dolor lumbar inespecífico

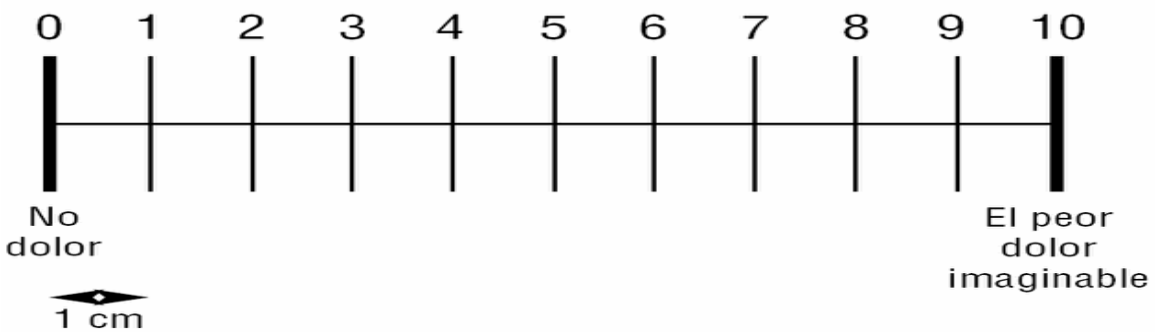




Grupo desarrollador GPC

3.2. Cuadros o figuras

Figura 1. Escala Visual Análoga



Pardo C., Muñoz T., Chamorro C.. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med. Intensiva [Internet]. 2006 Nov [citado 2019 Nov 02] ; 30(8): 379-385. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004&lng=es.

Cuadro 1. Cuestionario de Discapacidad de Roland-Morris

CUESTIONARIO DE DISCAPACIDAD DE ROLAND-MORRIS		
	SI	NO
1. Me quedo en casa la mayor parte del tiempo por mi dolor de espalda.		
2. Cambio de postura con frecuencia para intentar aliviar la espalda.		
3. Debido a mi espalda, camino más lentamente de lo normal.		
4. Debido a mi espalda, no puedo hacer ninguna de las faenas que habitualmente hago en casa.		
5. Por mi espalda, uso los pasamanos para subir escaleras.		
6. A causa de mi espalda, debo acostarme más a menudo para descansar.		
7. Debido a mi espalda, necesito agarrarme a algo para levantarme de los sillones o sofás.		
8. Por culpa de mi espalda, pido a los demás que me hagan las cosas.		
9. Me visto más lentamente de lo normal a causa de mi espalda.		
10. A causa de mi espalda, sólo me quedo de pie durante cortos períodos de tiempo.		
11. A causa de mi espalda, procuro evitar inclinarme o arrodillarme.		
12. Me cuesta levantarme de una silla por culpa de mi espalda.		
13. Me duele la espalda casi siempre.		
14. Me cuesta darme la vuelta en la cama por culpa de mi espalda.		
15. Debido a mi dolor de espalda, no tengo mucho apetito.		
16. Me cuesta ponerme los calcetines o medias por mi dolor de espalda.		
17. Debido a mi dolor de espalda, tan solo ando distancias cortas.		
18. Duermo peor debido a mi espalda.		
19. Por mi dolor de espalda, deben ayudarme a vestirme.		
20. Estoy casi todo el día sentado a causa de mi espalda.		
21. Evitó hacer trabajos pesados en casa, por culpa de mi espalda.		
22. Por mi dolor de espalda, estoy más irritable y de peor humor de lo normal.		
23. A causa de mi espalda, subo las escaleras más lentamente de lo normal.		
24. Me quedo casi constantemente en la cama por mi espalda.		

Bazàn CS, Pérez KJ, Castro NL. Dolor lumbar y su relación con el índice de discapacidad en un hospital de rehabilitación. Rev Cient Cienc Méd Volumen 21, No 2 : 2018.

Cuadro 2. Banderas amarillas

BANDERAS AMARILLAS		
	Cómo preguntar	**Alto riesgo de cronicidad**
Creencias	¿Qué piensa el paciente de su condición? ¿Cuál es la actitud hacia el dolor y el posible tratamiento?	Actitudes y creencias catastróficas.
Comportamiento	¿El dolor produce cambios en el comportamiento? ¿Ha reducido sus actividades? ¿Hay actitudes de evitación de movimientos?	Informar dolor insoportable y desproporcionado a la condición. Evitar movimientos por temor a volver a lesionarse.
Diagnóstico	¿Existió un tratamiento previo? ¿El lenguaje utilizado en el diagnóstico influenció las perspectivas del paciente?	Preocupación excesiva, angustia, poco ánimo. Pasividad en proceso de atención.
Emociones	¿El paciente presenta problemas emocionales subyacentes que pueden favorecer la cronicidad?	Incertidumbre sobre el futuro.
Familia	¿Cómo reacciona la familia del paciente?	Falta de apoyo.
Trabajo	¿Cuál es su estado laboral?	Cambios de comportamiento.

Tomado de: http://fisiomonica-ms.blogspot.com/2016/10/sistema-de-banderas.html

Cuadro 3. Banderas azules

BANDERAS AZULES
Preocupaciones acerca de si la persona es capaz de satisfacer las exigencias del trabajo.
Baja satisfacción laboral.
Poca ayuda en el trabajo.
Percepción de estrés laboral.
Falta de comunicación con el empleador.
Preocupaciones acerca de si la persona es capaz de satisfacer las exigencias del trabajo.

http://fisiomonica-ms.blogspot.com/2016/10/sistema-de-banderas.html

3.3. Listados de recursos

3.3.1. *Cuadro de medicamentos*

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **dolor lumbar inespecífico** del **Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud:**

Medicamentos					
Clave	Principio activo	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.5505.00 **010.000.5506.00**	Celecoxib	Cápsula 100mg 200mg	Dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, náusea, dolor lumbar, edema, cefalea, vértigo, rinitis, faringitis y sinusitis. En menos del 2 % de los pacientes se presenta melena, hipertensión, anemia y reacciones alérgicas y en menos del 0.1 % perforación gastrointestinal, hepatitis, arritmias y daño renal.	Aumenta los efectos adversos de otros AINEs y de anticoagulantes. Contrarresta el efecto de antihipertensivos.	Hipersensibilidad al fármaco y a los antiinflamatorios no esteroideos. Precauciones: Utilizar bajo estricta vigilancia médica y no exceder las dosis superiores recomendadas, especialmente en pacientes con insuficiencia hepática, insuficiencia cardiaca y renal y antecedentes de enfermedad ácido-péptica.
010.000.3417.00 **010.000.5501.00**	Diclofenaco	Solución inyectable 75mg Grageas 100mg	Náusea, vómito, irritación gástrica, diarrea, dermatitis, depresión, cefalea, vértigo, dificultad urinaria, hematuria.	Con ácido acetil salicílico, otros AINEs y anticoagulantes, se incrementan los efectos adversos. Puede elevar el efecto tóxico del metrotexato litio y digoxina. Inhibe el efecto de los diuréticos e incrementa su efecto	Hipersensibilidad al fármaco, lactancia, trastornos de la coagulación, asma, úlcera péptica, insuficiencia hepática y renal, hemorragia gastrointestinal, enfermedad cardiovascular.

				ahorrador de potasio. Altera los requerimientos de insulina e hipoglucemiantes orales.	
010.000.5699.00	Etoricoxib	Comprimido 90mg	Edema/retención de líquidos; mareos, cefalea, palpitaciones, HTA, trastornos gastrointestinales (dolor abdominal, flatulencia, pirosis), diarrea, dispepsia, molestias epigástricas, náuseas, equimosis; astenia/fatiga, síndrome pseudogripal, aumento de ALT y AST.	Los AINE no selectivos y los inhibidores selectivos de la COX-2 pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de litio.	Hipersensibilidad al fármaco. Pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (clasificación II-IV de la NYHA), enfermedad cardiaca isquémica establecida, enfermedad arterial periférica y/o enfermedad vascular cerebral (incluyendo pacientes recién sometidos a procedimientos de revascularización coronaria o angioplastia).
010.000.4359.00	Gabapentina	Cápsula 300mg	Ataxia, nistagmus, amnesia, depresión, irritabilidad, somnolencia y leucopenia.	Puede aumentar el efecto de los depresores del sistema nervoso central, como el alcohol. Los antiácidos con aluminio o magnesio, disminuyen su biodisponibilidad.	Hipersensibilidad al fármaco, valorar la necesidad de su empleo durante el embarazo y lactancia.
010.000.5940.00	Ibuprofeno	Tableta o cápsula 200mg 400mg 600mg	Epigastralgias, náuseas, mareos, pirosis, sensación de plenitud en tracto gastrointestinal, trombocitopenia, erupciones cutáneas, cefalea, visión borrosa,	Potencia lesiones gastrointestinales con: salicilatos, fenilbutazona, indometacina y otros AINEs.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: antecedentes de colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn; antecedentes de HTA y/o insuficiencia cardiaca, asma bronquial, trastornos hematopoyéticos, lupus

			ambliopía tóxica, retención de líquidos.		eritematoso sistémico o enfermedad mixta del tejido conectivo.
010.000.3413.00	Indometacina	Cápsula 25mg	Náusea, vómito, dolor epigástrico, diarrea, cefalea, vértigo, reacciones de hipersensibilidad, hemorragia gastrointestinal.	Incrementa la toxicidad del litio, reduce los efectos de furosemida e incrementa el efecto de anticoagulantes e hipoglucemiantes.	Hipersensibilidad al fármaco y a AINEs, lactancia, hemorragia gastrointestinal, epilepsia, enfermedad de Parkinson, trastornos psiquiátricos, asma bronquial, menores de 14 años y padecimientos ano-rectales.
010.000.3422.00	Ketorolaco	Solución inyectable 30mg	Úlcera péptica, sangrado gastrointestinal, perforación intestinal, prurito, náusea, dispepsia, anorexia, depresión, hematuria, palidez, hipertensión arterial, disgeusia y mareo.	Sinergismo con otros AINEs por aumentar el riesgo de efectos adversos. Disminuye la respuesta diurética a furosemida.	Hipersensibilidad al fármaco o a otros AINEs, úlcera péptica e insuficiencia renal y diátesis hemorrágica, postoperatorio de amigdalectomía en niños y uso preoperatorio.
010.000.2504.00	Ketoprofeno	Cápsula 100mg	Náusea, diarrea, flatulencia, úlcera péptica, anorexia, vómito, hemorragias, cefalea, mareo, tinittus, trastornos visuales, nefrotoxicidad.	Con anticoagulantes orales aumenta el riesgo de hemorragia, con ácido acetil salicílico, alcohol o esteroides puede incrementar el riesgo de efectos secundarios gastrointestinales.	Hipersensibilidad al fármaco, al ácido acetil salicílico o a otros AINEs, úlcera péptica, disfunción hepática o renal, trastornos de la coagulación y lactancia.
010.000.3423.00	Meloxicam	Tabletas 15mg	Reacción de hipersensibilidad, diarrea, dolor abdominal, náusea, vómito y flatulencia. Puede producir sangrado por erosión,	Disminuye el efecto antihipertensivo de inhibidores de la ECA y beta bloqueadores. Con colestiramina disminuye su absorción. Con otros	Hipersensibilidad al fármaco y al ácido acetilsalicílico, irritación gastrointestinal, úlcera péptica.

			ulceración y perforación en la mucosa gastrointestinal.	AINEs aumentan los efectos adversos. Puede aumentar los efectos de los anticoagulantes y metotrexato. Con diuréticos puede producir insuficiencia renal aguda.	
010.000.3444.00	Metocarbamol	Tableta 400mg	Mareo, náusea, somnolencia, bradicardia, hipotensión arterial, cefalea, fiebre y manifestaciones de alergia.	Con alcohol, ansiolíticos, antipsicóticos, opiáceos, antidepresivos tricíclicos y depresores del sistema nervioso central (SNC), aumenta la depresión del SNC.	Hipersensibilidad al fármaco, miastenia gravis.
010.000.3407.00	Naproxeno	Tableta 250mg	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros AINEs.	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas. Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción.	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia.
010.000.0104.00	Paracetamol	Tableta 500mg	Reacciones de hipersensibilidad: erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis túbulorrenal e hipoglucemia.	El riesgo de hepatotoxicidad al paracetamol aumenta en pacientes alcohólicos y en quienes ingieren medicamentos inductores del metabolismo como: fenobarbital, fenitoína y carbamazepina. El	Hipersensibilidad al fármaco, disfunción hepática e insuficiencia renal grave. Precauciones: No deben administrarse más de 5 dosis en 24 horas ni durante más de 5 días.

				metamizol aumenta el efecto de anticoagulantes orales.	
010.000.3415.00	Piroxicam	Tableta 20mg	Náusea, vómito, diarrea, erupción cutánea, edema de extremidades, leucopenia, sangrado gastrointestinal, hematuria, trombocitopenia, anemia aplásica.	Náusea, vómito, diarrea, erupción cutánea, edema de extremidades, leucopenia, sangrado gastrointestinal, hematuria, trombocitopenia, anemia aplásica.	Hipersensibilidad al fármaco o a otros AINEs, insuficiencia renal severa, depresión de médula ósea, trastornos de la coagulación, úlcera gástrica y mayores de 65 años.
010.000.4356.00 **010.000.4358.00**	Pregabalina	Cápsula 75mg 150mg	Mareo, somnolencia, edema periférico, infección, boca seca y aumento de peso.	Oxicodona, etanol, Lorazepam.	Hipersensibilidad al fármaco.
040.000.2106.00 **040.000.6140.00** **040.000.6140.01**	Tramadol	Solución inyectable 100mg Tableta liberación prolongada 150mg 200mg	Mareo, náusea, vómito, boca seca, cefalea, palpitaciones, taquicardia, bradicardia, disnea, anorexia, diarrea, agitación, ansiedad, nerviosismo, desorden gastrointestinal.	La administración concomitante de tramadol con otros medicamentos que actúan a nivel central, incluyendo el alcohol, pueden potenciar los efectos depresores del SNC.	Hipersensibilidad al fármaco, intoxicación aguda con alcohol, hipnóticos, analgésicos que actúan a nivel central, opioides o psicotrópicos. Pacientes que estén recibiendo inhibidores de la IMAO o que los hayan recibido dentro de los últimos 14 días. Pacientes con epilepsia que no estén adecuadamente controlados.
040.000.2096.00	Tramadol-paracetamol	Tableta 37.5 mg/325.0 mg	Vértigo, náusea y somnolencia.	Inhibidores de la MAO y de la recaptura de serotonina, Carbamazepina, Quidina, Warfarina e Inhibidores de CYP2D6.	Hipersensibilidad a los fármacos, alcohol, hipnóticos, analgésicos con acción central, opioides o drogas psicotrópicas. Precauciones: No se debe coadministrar en pacientes que estén

					recibiendo inhibidores MAO o quienes los hayan tomado durante 14 días anteriores.
010.000.5503.00	Sulindaco	Tableta/gragea 200mg	Náusea, vómito, diarrea, anorexia, úlcera péptica, palpitaciones, anemia, trombocitopenia, mareo, cefalea, tinitus, exantema.	Con anticoagulantes aumenta el riesgo de sangrado y con otros AINEs se incrementa la irritación gastrointestinal.	Hipersensibilidad al fármaco y a otros AINEs, úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal, asma, pacientes con disfunción renal o cardiaca comprometida, hipertensión arterial sistémica, lactancia.

3.4. Protocolo de búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos con la temática de **Manejo integral en rehabilitación del dolor lumbar inespecífico en adultos de 18 a 59 años de edad** se realizó en PubMed, sitios Web especializados de GPC y del área clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **español e inglés**
- Documentos publicados del **01-01-2011 al 30-04-2019**
- Documentos enfocados **manejo integral en rehabilitación**
- Documentos enfocados a **hombres y mujeres adultos de 18 a 59 años**

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma.

3.4.1. *Búsqueda de revisiones sistemáticas*

Se realizó la búsqueda en PubMed con el (los) término(s) MeSH **low back pain/drug therapy/anti-Inflammatory /agents, non-steroidal/ physical therapy modalities/occupational therapy/patient education as topic/psychology,** considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron **284** resultados, de los cuales se utilizaron **46** documentos.

PICO 1. En adultos de 18 a 59 años de edad con dolor lumbar inespecífico, ¿cuál es el tratamiento farmacológico eficaz para disminuir el dolor?

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
"Low Back Pain"[Mesh] AND "Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal"[Mesh] AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb]) AND ("2011/01/01"[PDAT] : "2019/04/30"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (Spanish[lang] OR English[lang]))	9
"Low Back Pain/drug therapy"[Mesh] AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb]) AND ("2011/01/01"[PDAT] : "2019/04/30"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (Spanish[lang] OR English[lang]))	61

PICO2. En adultos de 18 a 59 años de edad con dolor lumbar inespecífico, ¿qué modalidades de fisioterapia son eficaces para disminuir el dolor y mejorar la función?

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
"Low Back Pain"[Mesh] AND "Physical Therapy Modalities"[Mesh] AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb]) AND ("2011/01/01"[PDAT] : "2019/04/30"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	138

PICO 3. En adultos de 18 a 59 años de edad con dolor lumbar inespecífico, ¿cuál es el efecto de la intervención mediante educación postural para disminuir su recurrencia?

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
"Low Back Pain"[Mesh] AND "Occupational Therapy"[Mesh] AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb]) AND ("2011/01/01"[PDAT] : "2019/04/30"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (Spanish[lang] OR English[lang]))	2
"Low Back Pain"[Mesh] AND "Patient Education as Topic"[Mesh] AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb]) AND ("2011/01/01"[PDAT] : "2019/04/30"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (Spanish[lang] OR English[lang]))	17

PICO 4. *En adultos de 18 a 59 años de edad con dolor lumbar inespecífico, ¿cuáles son los efectos de una intervención psicosocial?*

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
"Low Back Pain/psychology"[Mesh] AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb]) AND ("2011/01/01"[PDAT] : "2019/04/30"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (Spanish[lang] OR English[lang]))	57

Además, se realizó una búsqueda de documentos libres en la red, utilizando un total de **2** *(Casado M, 2008 y Covarrubias A 2010)*. Por sugerencia de validador externo, se añade evidencia de **2** documentos más, ambos libres en la red (*Maher C 2016 y Smith B 2014)*.

En resumen, en el desarrollo de este protocolo de búsqueda se obtuvieron un total de **288** de los cuales se utilizaron **50** en la integración de esta GPC

3.5. Escalas de gradación

Escala SIGN

NIVELES DE EVIDENCIA	
1++	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy
1+	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	
A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.
D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+.

Los estudios clasificados como 1– y 2– no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
✓	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Forming guideline recommendations. En: SIGN 50: A guideline developeers´handbook: Edinburgh: SIGN; 2008.

3.6. Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave

Diagnóstico(s) Clínico(s):	**DOLOR LUBAR INESPECÍFICO**		
CIE-10/CIE-9	M54.5 Lumbago no específico		
Código del CMGPC:	GPC-DIF-313-19		
TÍTULO DE LA GPC			**Calificación de las recomendaciones**
Manejo integral en rehabilitación del dolor lumbar inespecífico			
POBLACIÓN BLANCO	**USUARIOS DE LA GUÍA**	**NIVEL DE ATENCIÓN**	
Adultos de 18 a 59 años	Médicos generales, Médicos especialistas en rehabilitación, Terapeuta físico, Terapeuta ocupacional, psicología	Tres niveles de atención	**(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)**
INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS			
Se recomienda el uso de AINEs como primera opción de tratamiento farmacológico en pacientes adultos con dolor lumbar inespecífico, ya que la aplicabilidad clínica del uso de opioides es cuestionable debido a las altas tasas de abandono reportadas por sus efectos secundarios.			
Se sugiere el uso de relajantes musculares como complemento para el manejo farmacológico del dolor lumbar agudo inespecífico.			
Se recomienda considerar con precaución el uso de tramadol en pacientes con dolor lumbar inespecífico, y siempre valorar su eficacia sobre posibles efectos adversos.			
INTERVENCIONES DE TERAPIA FÍSICA			
Se recomienda mantener, restaurar y aumentar la actividad como parte de tratamiento integral, en pacientes con dolor lumbar agudo y crónico inespecífico.			
Se recomienda la prescripción de ejercicio terapéutico de estabilización lumbar (CORE), método McKenzie ejercicios propioceptivos o ejercicios terapéuticos acuáticos en pacientes con dolor lumbar inespecífico.			
Se recomienda la incorporación a programas de acondicionamiento físico basados en los principios de ejercicios de estabilidad central, como Tai Chi, Yoga y Pilates, los cuales deben prescribirse y supervisarse por profesionales debidamente capacitados.			
Se recomienda combinar un programa de ejercicio con un programa de educación al paciente, para reducir el riesgo de recaída de dolor lumbar y disminuir el tiempo de incapacidad laboral.			
INTERVENCIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL			
Se recomienda la incorporación a programas de higiene de columna a los pacientes con dolor lumbar inespecífico, para disminuir dolor, mejorar la función y favorecer la reincorporación al trabajo.			
INTERVENCIONES PSICOSOCIALES			
Se recomienda que todo pacientes con dolor lumbar inespecífico en el que se edifiquen factores de riesgo para cronicidad, deben ser referidos a servicios especializados de rehabilitación.			
Las banderas azules deben ser identificadas en todo paciente con dolor lumbar inespecífico que desempeñe una actividad laboral remunerada, con fines pronósticos de reincorporación laboral.			
Se recomienda que las banderas amarillas deben ser identificadas en todo paciente con dolor lumbar inespecífico para evaluar el riesgo de cronicidad o establecer pronóstico.			
Se recomienda que la terapia cognitivo conductual sea aplicada a pacientes identificados con alto riesgo de cronicidad y ausentismo laboral.			
RESULTADOS			
Total de recomendaciones cumplidas (1)			
Total de recomendaciones no cumplidas (0)			
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)			
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado			
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)			
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)			

4. GLOSARIO

Banderas amarillas: factores psicosociales identificados en personas con dolor lumbar, que incrementan el riesgo de cronicidad.

Banderas azules: temores y conceptos erróneos que la persona con dolor lumbar percibe respecto a su trabajo, con base en su experiencia dolorosa. Constituyen indicadores de percepción individual y subjetiva de la persona sobre su trabajo y su estado de salud.

Corrientes interferenciales: electroterapia de mediana frecuencia con efectos analgésicos, sobre la inflamación, los trastornos de la circulación, la regeneración de los tejidos y la potenciación muscular.

ICr: intervalo de credibilidad (CrI, credibility interval).

Ejercicio de estabilización lumbar (estabilidad central o CORE): intervenciones cuyo objetivo es el trabajo de forma conjunta de las estructuras osteoarticulares y neuro-musculares de la parte central del cuerpo, sobre todo, la musculatura lumbo-abdominal y la pelvis, con la finalidad de permitir una óptima producción, transferencia y control de fuerza y movimiento hacia los elementos distales o terminales de las cadenas cinéticas

Ejercicio terapéutico: intervenciones guiadas por un profesional en rehabilitación, que tienen como objetivo mejorar la funcionalidad, a través de técnicas para mejorar la fuerza muscular, resistencia, coordinación, integración postural y patrones de movimiento.

Escala visual análoga (VAS): instrumento que permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente mediante una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.

Espasmo muscular: contracción involuntaria y dolorosa de un músculo.

Higiene de columna: conjunto de técnicas basadas en conceptos biomecánicos y ergonómicos destinados a evitar y disminuir el estrés del raquis, mediante la educación para la actividad, el descanso, la postura, y el movimiento.

IC: Intervalo de confianza.

Láser de baja intensidad: tratamiento médico terapéutico que utiliza luz de una sola longitud de onda, para producir cambios en las células.

Masoterapia: manipulación de tejidos blandos, a través de diversas técnicas manuales, para lograr beneficios específicos, como alivio del dolor y relajación muscular.

DM: diferencia media (MD, mean diferrence)

OR: odds ratio.

Punción seca: técnica que consiste en realizar una punción con una aguja estéril dentro de una banda muscular, sin introducir sustancia activa. Su objetivo es destruir la placa motora y estimular el huso neuromuscular para producir una relajación muscular refleja.

Puntos gatillo: área focal de 3 a 6 mm de tamaño, de irritabilidad en el músculo cuando éste es deformado por presión, estiramiento o contractura, que produce tanto un dolor local como un patrón de dolor referido.

DR: diferencia de riesgo (RD, risk difference).

RR: riesgo relativo (risk ratio).

DME: diferencia media estandarizada (SMD, standardized mean difference).

Soporte lumbar: órtesis para soportar y contener la zona lumbar, pueden ser flexibles o rígidos.

Tracción lumbar: técnica que emplea un arnés que se coloca alrededor de la parrilla costal inferior y alrededor de la cresta ilíaca, para ejercer una fuerza continua o intermitente, que produce un estiramiento de la columna vertebral.

Estimulación eléctrica trascutánea (TENS): forma de electroterapia de baja frecuencia, que permite la estimulación de fibras nerviosas como adyuvante en el tratamiento del dolor.

DMP. Diferencia media ponderada (WMD, weighted mean difference).

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Andronis L, Kinghorn P, Qiao S, et al. Cost-Effectiveness of Non-Invasive and Non-Pharmacological Interventions for Low Back Pain: a Systematic Literature Review. Appl Health Econ Health Policy. (2016). DOI 10.1007/s40258-016-0268-8.
2. Bavage S, Durg S, Kareem SA, et al. Clinical efficacy and safety of eperisone for low back pain: A systematic literature review. Pharmacological Reports 68 (2016) 903–912. 2016.
3. Brunner E, De Herdt A, Minguet P, et al. Can cognitive behavioural therapy based strategies be integrated into physiotherapy for the prevention of chronic low back pain? A systematic review. Disability & Rehabilitation. (2013); 35(1): 1–10. ISSN 0963-8288 print/ISSN 1464-5165 online. DOI: 10.3109/09638288.2012.683848.
4. Byström MG, Rasmussen-Barr E, and Grooten WJA. Motor Control Exercises Reduces Pain and Disability in Chronic and Recurrent Low Back Pain, A Meta-Analysis. SPINE. (2013). Volume 38, Number 6, pp E350–E358. Lippincott Williams & Wilkinswww.spinejournal.com.
5. Casado MMI, Moix QJ, and Vidal FJ. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. Clínica y Salud. (2008). 19(3), 379-392. Recuperado en 28 de octubre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300007&lng=es&tlng=pt.
6. Cawston H, Davie A, Paget MA, et al. Efficacy of duloxetine versus alternative oral therapies: an indirect comparison of randomised clinical trials in chronic low back pain. Eur Spine J. (2013). 22:1996–2009. DOI 10.1007/s00586-013-2804-7.
7. Chaparro LE, Furlan AD, Deshpande A, et al. Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 8. (2013). Art. No.: CD004959. DOI: 10.1002/14651858.CD004959.pub4.
8. Chou R, Deyo R, Friedly J, et al. Systemic Pharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. (2017). 166:480-492. doi:10.7326/M16-2458.
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);166:493-505. doi:10.7326/M16-2459.
10. Chung JWY, Zeng Y and Wong TKS. Drug Therapy for the Treatment of Chronic Nonspecific Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. Pain Physician. (2013); 16:E685-E704. ISSN 2150-1149.
11. Covarrubias A. Lumbalgia: Un problema de salud pública. Revista Mexicana de Anestesiología. CLÍNICA DEL DOLOR. Vol. 33. Supl. 1, (Abril-Junio 2010) pp S106-S109
12. Enthoven WTM, Roelofs PDDM, Deyo RA et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 2. (2016). Art. No.: CD012087. DOI: 10.1002/14651858.CD012087.
13. Froud R, Patterson S, Eldridge S, et al. A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives. BMC Musculoskeletal Disorders. (2014). 15:50. http://www.biomedcentral.com/1471-2474/15/50.
14. Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, et al. Massage for low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 9. (2015). Art. No.: CD001929. DOI: 10.1002/14651858.CD001929.pub3.1

15. Gray H, Adefolarin AT and Howe TE. A systematic review of instruments for the assessment of work-related psychosocial factors (Blue Flags) in individuals with non-specific low back pain. Manual Therapy 16 (2011) 531e543.
16. Hall A, Copsey B, Richmond H, et al. Effectiveness of Tai Chi for Chronic Musculoskeletal Pain Conditions: Updated Systematic Review and Meta-Analysis. American Physical Therapy Association. (2017). Downloaded from https://academic.oup.com/ptj/article-abstract/97/2/227/2937745.
17. Hallegraeff JM, Krijnen WP, Van der Schans CP and HG de Greef M, Expectations about recovery from acute non-specific low back pain predict absence from usual work due to chroniclow back pain: a systematic review. Journal of Physiotherapy (2012) Vol. 58 – Australian Physiotherapy Association.
18. Hendrick P, Milosavljevic S,Hale L, et al. The relationship between physical activity and low back pain outcomes: a systematic review of observational studies. Eur Spine J. (2011). 20:464–474. DOI 10.1007/s00586-010-1616-2.
19. Hu HT, Gao H, Ma RJ, et al. Is dry needling effective for low back pain? A systematic review and PRISMA-compliant meta-analysis. Medicine (2018) 97:26. http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000011225.
20. Kuijpers T, Middelkoop M,Rubinstein SM, et al. A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain. Eur Spine J. 20:40-50. (2011). DOI 10.1007/s00586-010-1541-4.
21. Lin CW C, Haas M, Maher CG, el al. Cost-effectiveness of general practice care for low back pain: a systematic review. Eur Spine J (2011) 20:1012–1023. DOI 10.1007/s00586-010-1675-4.
22. 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. doi: 10.1136/bmj.h1225.
23. Machado GC, Maher CG, Ferreira PH et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: a systematic review and meta-analysis. Clinical and epidemiological research. Ann Rheum Dis (2017);76:1269–1278. doi:10.1136/annrheumdis-2016-210597.
24. Maher C, Underwood M, and Buchbinder R, Non-specifi c low back pain, www.thelancet.com Published online (October 10, 2016) http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9.
25. Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 6. (2017). Art. No.: CD002193. DOI: 10.1002/14651858.CD002193.pub2.
26. McCaskey MA, Schuster-Amft C, Wirth B, et al. Effects of proprioceptive exercises on pain and function in chronic neck- and low back pain rehabilitation: a systematic literature review. BMC Musculoskeletal Disorders (2014), 15:382. http://www.biomedcentral.com/1471-2474/15/382.
27. Middelkoop Mv, Rubinstein SM, Kuijpers T, et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. Eur Spine J (2011) 20:19–39.1
28. Patti A, Bianco A, Paoli A et al. Effects of Pilates Exercise Programs in People With Chronic Low Back Pain A Systematic Review. Medicine (2014)._ Volume 94, Number (4, January 2015). ISSN: 0025-7974. DOI: 10.1097/MD.0000000000000383.

29. Parreira P, Heymans MW, van Tulder MW, et al. Back Schools for chronic non-specific low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. (2017), Issue 8. Art. No.: CD011674. DOI: 10.1002/14651858.CD011674.pub2
30. Poquet N, Lin CWC, Heymans MW, et al. Back schools for acute and subacute non-specific low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. (2016), Issue 4. Art. No.: CD008325. DOI: 10.1002/14651858.CD008325.pub2.
31. Ramond-Roquina A, Boutona C, Gobin-Tempereaua AS. Interventions focusing on psychosocial risk factors for patients with non-chronic low back pain in primary care—a systematic review. Family Practice, (2014), Vol. 31, No. 4, 379–388. doi:10.1093/fampra/cmu008.
32. Reese C and Mittag O. Psychological interventions in the rehabilitation of patients with chronic low back pain: evidence and recommendations from systematic reviews and guidelines. International Journal of Rehabilitation Research. (2013), 36:6–12.
33. Resende L, Merriwether E, Rampazo EP, et al. Meta-analysis of transcutaneous electrical nerve stimulation for relief of spinal pain. (2017). European Pain Federation
34. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJJ, et al. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. (2011). Issue 2. Art. No.: CD008112. DOI: 10.1002/14651858.CD008112.pub2.
35. Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, et al. Paracetamol for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. (2016). Issue 6. Art. No.: CD012230. DOI: 10.1002/14651858.CD012230.
36. Shaheed CA, Maher CG, Williams KA et al. Efficacy and tolerability of muscle relaxants for low back pain: Systematic review and metaanalysis. European Pain Federation. EFIC_ Eur J Pain 21. (2017). 228—237.
37. Shaheed CA, Maher CG, Williams KA, et al. Efficacy, Tolerability, and Dose-Dependent Effects of Opioid Analgesics for LowBack Pain A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. (2016);176(7):958-968. doi:10.1001/jamainternmed.2016.1251. Published onlineMay 23, 2016.
38. Shaheed CA, Maher CG, Williams KA, et al. Interventions Available Over the Counter and Advice for Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-Analysis. The Journal of Pain, Vol 15, No 1 (January), (2014): pp 2-15. Available online at www.jpain.org and www.sciencedirect.com
39. Shanthanna H, Gilron I, Rajarathinam M, et al. Benefits and safety of gabapentinoids in chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS Med 14(8): e1002369. (2017) https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002369.
40. Shi Z, Zhou H, Lu L, et al . Aquatic Exercises in the Treatment of Low Back Pain A Systematic Review of the Literature and Meta-Analysis of Eight Studies. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. Volume 00, Number 00, Month (2017).
41. Smith B, Chris Littlewood C, and May S, An update of stabilisation exercises for low back pain: a systematic review with meta-analysis, BMC Musculoskeletal Disorders (2014), 15:416, http://www.biomedcentral.com/1471-2474/15/416.
42. Steffens D, Maher CG, Pereira LSM, et al. Prevention of LowBack Pain A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. (2016). doi:10.1001/jamainternmed.2015.7431.

43. Stuber KJ, Bruno P, Sajko S et al. Core Stability Exercises for Low Back Pain in Athletes: A Systematic Review of the Literature. Clin J Sport Med. (2014)_ Volume 24, Number 6, November (2014). www.cjsportmed.com
44. Surkitt LD, Ford JJ, Hahne AJ, et al. Efficacy of Directional Preference Management for Low Back Pain: A Systematic Review. Physical Therapy Volume 92 Number 5. (2012).
45. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, et al. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. Journal of Physiotherapy. (2015). 61 68–76.
46. Traeger AC, Hübscher M, Henschke N, et al. Effect of Primary Care–Based Education on Reassurance in Patients With Acute LowBack Pain. Systematic Review and Meta-analysis JAMA Intern Med. (2015); 175(5):733-743. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0217.
47. Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT. Pilates for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 7. (2015), Art. No.: CD010265. DOI: 10.1002/14651858.CD010265.pub2.
48. Wang X-Q, Zheng J-J, Yu Z-W, Bi X, Lou S-J, et al. A Meta-Analysis of Core Stability Exercise versus General Exercise for Chronic Low Back Pain. PLoS ONE 7(12): e52082. (2012). doi:10.1371/journal.pone.0052082
49. White AP, Arnold PM, Norvell DC, et al. Pharmacologic Management of Chronic Low Back Pain. SPINE Volume 36, Number 21S, pp S131–S143. (2011). Lippincott Williams & Wilkins. DOI: 10.1097/BRS.0b013e31822f178f.
50. Wyn Lim EC, Li Choo Poh R, Ying Low A, et al. Effects of Pilates-Based Exercises on Pain and Disability in Individuals With Persistent Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review With Meta-analysis. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. (2011). Downloaded from www.jospt.org at on (June 24, 2019).

6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del **Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación, Capacitación, Rehabilitación e Integración Laboral "Iztapalapa"**, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por la **Dirección General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a los especialistas adscritos al **Hospital Juárez de México**, **Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra" y al Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcande"** que participaron en los procesos de **validación** en esta guía.

7. COMITÉ ACADÉMICO

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN GENRAL DE REHABILITACIÓN

María del Rocío García Pérez *Titular del Sistema Nacional DIF*

Lic. Efraín Cruz Morales *Dirección General de Rehabilitación*

Dra. Diana Yazmín Ramírez García *Coordinación Institucional de GPC*

8. DIRECTORIO SECTORIAL

Secretaría de Salud
Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social
Lic. Zoé Robledo Aburto
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Mtro. Luis Antonio Ramírez Pineda
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Lic. María del Rocío García Pérez
Titular del Organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos
Ing. Octavio Romero Oropeza
Director General

Secretaría de Marina Armada de México
Almte. José Rafael Ojeda Durán
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional
Gral. Luis Cresencio Sandoval González
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General
Dr. José Ignacio Santos Preciado
Secretario del Consejo de Salubridad General

9. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Asa Ebba Christina Laurell ***Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud***	Presidenta
Dr. Hugo López-Gatell Ramírez ***Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud***	Titular
Dr. Gustavo Reyes Terán ***Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad***	Titular
Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar ***Comisionado Nacional de Protección Social en Salud***	Titular
Dra. María Eugenia Lozano Torres ***Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud***	Titular
Dr. José Ignacio Santos Preciado ***Secretario del Consejo de Salubridad General***	Titular
Gral. Bgda. M.C. Ramón Arturo Valdés Espinosa ***Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional***	Titular
CAP. NAV. SSN. MCN. TO. Javier Nicolás Zepeda de Alba ***Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México***	Titular
Dr. Víctor Hugo Borja Aburto ***Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social***	Titular
Dr. Ramiro López Elizalde ***Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado***	Titular
Dr. Rodolfo Lehmann Mendoza ***Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos***	Titular
Lic. María del Rocío García Pérez ***Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia***	Titular
Dr. Onofre Muñoz Hernández ***Comisionado Nacional de Arbitraje Médico***	Titular
Dr. Javier Mancilla Ramírez ***Director General de Calidad y Educación en Salud***	Titular
Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales ***Directora General de Evaluación del Desempeño***	Titular
Mtro. Juan Carlos Gómez Martínez ***Director General de Información en Salud***	Titular
Dr. Francisco Ramos Gómez ***Director General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud***	Titular y Suplente de la presidenta del CNGPC
Dr. Marco Antonio Cantú Cuevas ***Secretario de Salud del Estado de Morelos***	Titular 2019-2020
C.P. Adolfo Enrique Clausen Iberr ***Secretario de Salud Pública del Estado de Sonora***	Titular 2019-2020
Dr. Miguel Ángel Piza Jiménez ***Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes***	Titular 2019-2020
Dra. Teresita Corona Vázquez ***Presidenta de la Academia Nacional de Medicina de México***	Titular
Dr. Juan Miguel Abdo Francis ***Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía***	Titular
Dr. Javier Mancilla Ramírez ***Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría***	Titular
Lic. Héctor Valle Mesto ***Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Roberto F. Solís Hernández. ***Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Heberto Arboleya Casanova ***Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simón Sauma ***Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Frausto ***Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud***	Asesor Permanente
Dr. Jesús Ojino Sosa García ***Director de Integración de Guías de Práctica Clínica***	Secretario Técnico