



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



Universidad de Valladolid

Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia  
"Dr. Dacio Crespo"

**GRADO EN ENFERMERÍA**  
Curso académico (2022-23)

**Trabajo Fin de Grado**

**Lumbalgia: reposo frente a  
mantenerse activo**

Revisión bibliográfica

Estudiante: Cristina Villacé Alonso

Tutor/a: Julia García Iglesias

Junio, 2023

## ÍNDICE

GLOSARIO DE SIGLAS .....	2
RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
Definición de lumbalgia .....	5
Tipos de lumbalgia .....	6
Diagnóstico .....	7
Tratamiento.....	8
Consulta de enfermería.....	11
JUSTIFICACIÓN .....	13
OBJETIVOS .....	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos .....	13
MATERIAL Y MÉTODOS .....	14
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	20
CONCLUSIONES.....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS.....	35

## **GLOSARIO DE SIGLAS**

**AINE:** Medicamentos Antiinflamatorios No Esteroides

**EVA:** Escala Visual Analógica

**GPC:** Guías de Práctica Clínica

**NICE:** The National Institute for Health and Care Excellence

**SBST:** STarT Back Screening Tool

**SEMI:** Sociedad Española de Medicina Interna

## RESUMEN

### Introducción

La lumbalgia se ha convertido en un grave problema de salud pública por su elevada prevalencia y repercusión social, laboral y económica.

A pesar de afectar a un 70-80% de la población en algún momento de su vida y de ser el motivo de gran parte de las consultas en atención primaria, no se ha llegado a un consenso sobre cuál es el tratamiento más eficaz, existiendo durante años una gran controversia en la recomendación del reposo en cama o el mantenerse activo.

*El objetivo del presente trabajo* es conocer la evidencia científica disponible de la eficacia de mantenerse activo y del reposo en cama como tratamiento para la lumbalgia.

### Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica en distintas bases de datos a través de un protocolo de búsqueda siguiendo el formato PICO, DeCS, MeSH durante los meses de enero a mayo de 2023.

### Resultados y discusión

Aún en los años 90, se ha seguido recomendando el reposo en cama como tratamiento de elección para la lumbalgia. Estudios más recientes han demostrado sus posibles perjuicios si se mantiene durante un largo periodo; por lo que, en caso de ser necesario, debe durar el menor tiempo posible intentando mantener el mayor grado de actividad que el dolor permita.

### Conclusiones

El mantenerse activo y continuar con las actividades de la vida diaria evitando el reposo prolongado en cama, ha demostrado ser la terapia más recomendable en el dolor lumbar.

### Palabras clave

Lumbalgia, Columna Lumbar, Reposo, Mantenerse Activo, Ejercicio

## **ABSTRACT**

### **Introduction**

Low back pain has become a serious public health problem due to its high prevalence and social, labor and economic repercussions.

Despite affecting 70-80% of the population at some point in their lives and being the reason for a large part of primary care consultations, no consensus has been reached on which is the most effective treatment, for years there has been a lot of controversy over the recommendation of bed rest or staying active.

*The objective of this paper* is to know the scientific evidence available on the efficacy of staying active and bed rest as a treatment for low back pain.

### **Material and methods**

A bibliographic review was carried out in different databases through a search protocol following the PICO, DeCS, MeSH format during the months of January to May 2023.

### **Results and Discussion**

Even in the 1990s, bed rest continued to be recommended as the treatment of choice for low back pain. More recent studies have shown its possible damage if it is maintained for a long period, so if it is necessary, it should last as short a time as possible, trying to maintain the highest degree of activity that the pain allows.

### **Conclusions**

Staying active and continuing with activities of daily living, avoiding prolonged bed rest, has proven to be the most recommended therapy for low back pain.

### **Keywords**

Low Back Pain, Lumbar Spine, Rest, Staying Active, Exercise

## INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es una de las afecciones más comunes; el 70-80% de la población adulta lo sufre en algún momento de su vida y representa la segunda causa de consulta médica en atención primaria<sup>(1)</sup>.

Su incidencia es del 58-84 %, siendo un dolor crónico en el 11 % de los hombres y el 16 % de las mujeres. Además, es el motivo principal de discapacidad a largo plazo en todo el mundo<sup>(2)</sup>.

Actualmente, no se ha llegado a un consenso sobre cuál es el tratamiento más adecuado o eficaz para el dolor lumbar<sup>(3)</sup>.

El reposo se ha recomendado durante años ya que en muchos casos se obtiene un alivio de la sintomatología. Sin embargo, si se mantiene durante un largo periodo de tiempo, puede resultar dañino conduciendo al deterioro de los músculos y funciones del cuerpo<sup>(4)</sup>.

Las nuevas recomendaciones según estudios recientes, demuestran el beneficio de mantenerse activo y guardar el menor reposo posible<sup>(2)</sup>.

Según la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), su pronóstico es muy variable dependiendo de la causa y del daño que se produjo<sup>(5)</sup>.

### **Definición de lumbalgia**

La lumbalgia se define como aquel dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea; este dolor puede irradiar o no a una o ambas piernas (lumbociática)<sup>(1)</sup>.

El dolor lumbar, es tan antiguo como el ser humano y si hablamos de ciática, fue Hipócrates el primero en usar este término<sup>(6)</sup>.

El tratamiento ha variado a lo largo de los años, llegándose a utilizar mezclas naturales (a base de hoja de romero, vino y aceite de oliva), sanguijuelas, reposo absoluto en cama, carbones calientes<sup>(6)</sup>...

Aunque estos remedios han sido aplicados hace mucho tiempo, el reposo absoluto en cama de forma prolongada se ha seguido prescribiendo en tiempos más

recientes, siendo (junto a los analgésicos) el tratamiento de elección en la década de los 90 como; sin embargo su eficacia se está cuestionando en los últimos años<sup>(7)</sup>.

### Recuerdo anatómico

La columna vertebral está dividida en varias secciones (vértebras cervicales, torácicas y lumbares) y una de sus funciones es proteger los nervios espinales que viajan a través de un espacio llamado canal espinal.

La columna lumbar se corresponde con la parte baja de la espalda; hay cinco vértebras lumbares, entre ellas están los discos intervertebrales que sirven de amortiguadores a los huesos y permiten la movilidad de la columna<sup>(8)</sup>.

Por lo tanto, la parte inferior de la espalda es una estructura intrincada, de elementos interconectados y superpuestos:

- Tendones, músculos y otras partes blandas (ligamentos, fascias).
- Raíces nerviosas y nervios altamente sensibles que van de la parte inferior de la espalda a las piernas y los pies.
- Articulaciones pequeñas y complejas.
- Discos intervertebrales con sus núcleos gelatinosos.

Una irritación o un problema en cualquiera de estas estructuras puede causar la lumbalgia o un dolor que se irradia hacia otras partes del cuerpo<sup>(9)</sup>.

### Tipos de lumbalgia<sup>(10)</sup>

#### ● Según su duración

- Aguda: duración máxima de 6 semanas.
- Subaguda: se mantiene entre 6 y 12 semanas.
- Crónica: se prolonga más de 12 semanas.

#### ● Según características del dolor

- Mecánica: cede con el reposo y se incrementa con el movimiento.
- Inflamatoria: mejora con la actividad física y empeora en reposo.
- Por dolor referido: proviene de otras regiones del cuerpo, pero se manifiesta en la región lumbar.

## **Causas**

En el 85% de los casos de lumbalgia la causa es desconocida, lo que dificulta la realización de un diagnóstico adecuado<sup>(1)</sup>.

Entre las causas más frecuentes (cerca del 70-80%) está el dolor mecánico (aquel producido por un esfuerzo físico o una mala postura, por espasmo en la espalda baja siendo un problema muscular) y la hernia de disco (desgaste del anillo fibroso de los dos discos intervertebrales inferiores de la columna vertebral, L5 o S1 y que suele ser resultante de cambios degenerativos relacionados con la edad)<sup>(1,10,11)</sup>.

Otras de las posibles causas, que ocurren incluso fuera de la región lumbar, son: esguinces y distensiones, degeneración de los discos intervertebrales, espondilolistesis (deslizamiento vertebral que pinza las raíces del nervio ciático), fracturas o traumatismos, estenosis espinal (estrechamiento de la columna vertebral...), enfermedad inflamatoria intestinal, endometriosis, cálculos renales, enfermedades vasculares, osteoartritis<sup>(8-10)</sup>...

## **Diagnóstico**

La lumbalgia se diagnostica principalmente mediante la anamnesis y la exploración física con especial interés en la exploración del aparato locomotor.

El diagnóstico es clínico, por lo que en la mayoría de los casos no es necesario realizar pruebas complementarias<sup>(10)</sup>.

La realización de estas pruebas se llevará a cabo si aparecen signos de alarma (fiebre, infección previa, pérdida de peso no intencionada, traumatismo intenso reciente, inmunodeprimidos...) o cuando el dolor es fuerte y no se alivia dentro de 6 a 12 semanas<sup>(9,10)</sup>.

Las herramientas diagnósticas adicionales que se pueden llegar a necesitar son: radiografía, tomografía computarizada, mielografía y la resonancia magnética; además de analíticas de sangre o de orina<sup>(9)</sup>.

## Tratamiento

Actualmente, existen dos abordajes a seguir para la lumbalgia: el tratamiento conservador (farmacológico y no farmacológico) y el quirúrgico, siendo el conservador el que recomiendan los profesionales como primera opción<sup>(1,7)</sup>.

- El **tratamiento conservador** se basa en:

- ✓ Tratamiento conservador **farmacológico**:

Medicación para tratar el dolor según el Portal de Salud de Castilla y León<sup>(12)</sup> :

- La primera opción recomendada son los AINE orales durante periodos cortos.
- Se recomiendan los relajantes musculares no benzodiazepínicos en lumbalgia aguda, pero no en la crónica; estos no deben estar asociados con los AINE.
- El Paracetamol no se recomienda de forma general, ya que no mejora el dolor ni la capacidad funcional en el dolor lumbar agudo y no es más efectivo que placebo.
- Opioides débiles: en dolor lumbar agudo, crónico y neuropático, son una opción de segunda línea para aquellos pacientes en los que los AINE están contraindicados, no los toleran o resultan ineficaces.
- Opioides mayores: solo en dolor moderado-grave que no responde a las opciones previas.
- No se deben usar gabapentinoides debido a la falta de evidencia y a la presencia de efectos adversos y dependencia, tampoco se deben ofrecer los antidepresivos.
- El uso de antiepilépticos en lumbalgia aguda o crónica (sin ciática) está muy extendido, a pesar de no estar indicados y de los efectos adversos que presentan (agresividad, agitación, mareo, aletargamiento...).

- ✓ Tratamiento conservador **no farmacológico**<sup>(12,13)</sup>:

Existen también varias medidas no farmacológicas que se utilizarán como primera opción de tratamiento.

Sin embargo, muchas de ellas, al carecer de evidencia científica durante muchos años, han generado controversia; a continuación se explicará un listado de algunas

con su nivel de evidencia o grado de recomendación actual según la guía de práctica clínica (GPC) de Osakidetza:

- Reposo en cama o permanecer activo:

→ Evidencia 1++: Existe una reducción significativa del dolor y una mejoría de la capacidad funcional a corto y largo plazo en pacientes con dolor lumbar agudo que mantienen la actividad frente a los que realizan reposo. La duración de la incapacidad temporal y la cronificación también son menores en quienes mantienen la actividad.

→ Recomendación grado A: En las personas con dolor lumbar agudo, subagudo o crónico no se recomienda reposo en cama. Si la intensidad del dolor lo requiere, será de la menor duración posible.

Se recomienda en pacientes con dolor lumbar agudo, subagudo o crónico continuar con las actividades de la vida diaria y mantener la actividad, incluyendo la incorporación al trabajo siempre que el dolor lo permita.

- Escuelas de Espalda: programa educativo y de adquisición de destrezas, en el que se imparten lecciones, incluidos ejercicios.

→ Recomendación grado A: No se recomiendan las escuelas de espalda para pacientes con lumbalgia aguda y subaguda; grado B: podrían ser recomendadas en el ámbito laboral a personas con lumbalgia crónica.

- Ejercicio:

→ Recomendación grado A: En pacientes con lumbalgia aguda inespecífica, el ejercicio no está indicado; en cambio, en la subaguda y crónica inespecíficas, sí se recomienda.

- Masaje:

→ Evidencia 1+: El masaje aislado no es más eficaz que otros tratamientos activos, la NICE recomienda incluirlo dentro de un abordaje que incluya también el ejercicio físico.

→ Recomendación grado A: No se puede recomendar el masaje en la lumbalgia aguda, subaguda y crónica.

- Termoterapia superficial: aplicación de calor o frío local con fines terapéuticos.

- Evidencia 1++: El calor local produce una disminución del dolor y de la incapacidad a corto plazo en la lumbalgia aguda y subaguda; hay insuficiente evidencia para evaluar la eficacia del frío.
  - Recomendación grado B: En lumbalgia aguda y subaguda se puede recomendar calor local para aliviar el dolor.
  - Recomendación grado A: El frío local no se recomienda en la lumbalgia aguda, tampoco se recomienda el calor ni el frío en la lumbalgia crónica.
- Estimulación eléctrica transcutánea: estimulación de las vías nerviosas periféricas a través de electrodos colocados en la piel a intensidades bien toleradas.
- Evidencia 1++: No hay evidencia que evalúe su eficacia en pacientes con dolor lumbar agudo y subagudo.
  - Recomendación grado A: No se recomienda como tratamiento aislado en el dolor lumbar crónico.
- Tracción: aplicación de fuerzas axiales en direcciones opuestas, craneocaudales.
- Evidencia 1++: En dolor agudo y crónico con o sin ciática, la tracción no es más efectiva que el no tratamiento.
  - Recomendación grado A: No se recomienda la tracción en personas con lumbalgia sin ciática.
- Manipulación: forma de terapia manual que implica movimiento de una articulación mayor que su rango de movimiento habitual.
- Evidencia 1++: No hay evidencia de que la manipulación sea más eficaz que otras terapias para el dolor lumbar tanto agudo como crónico.
  - Recomendación grado A: No se puede recomendar.
- Fajas lumbares: órtesis de contención, que actúan principalmente por compresión de la región intraabdominal.
- Evidencia 1++: No hay suficiente evidencia para afirmar que las fajas lumbares son eficaces.
  - Recomendación grado A: No se recomiendan las fajas lumbares.
- Acupuntura: punción con agujas en puntos situados en los meridianos.

→ Evidencia 1++: La acupuntura no produce un mayor alivio del dolor que el masaje o paracetamol en la lumbalgia crónica.

→ Recomendación grado A: La acupuntura no está recomendada.

- **Infiltraciones:** con anestésicos y/o corticoides son realizadas en diferentes localizaciones: espacio epidural, facetas articulares, puntos gatillo o en el disco intervertebral.

→ Recomendación grado A: La proloterapia no está recomendada en el dolor lumbar crónico.

No se recomiendan infiltraciones epidurales, facetarias, en puntos gatillo o intradiscales en personas con dolor lumbar subagudo o crónico inespecífico.

### ● **Tratamiento quirúrgico**

Por otro lado, la cirugía se lleva a cabo en casos en los que a pesar del tratamiento conservador, el dolor persista.

Las indicaciones para remitir al cirujano son: aumento del déficit neurológico, síndrome de cola de caballo, incontinencia urinaria y fecal y fracaso de la respuesta al tratamiento conservador tras 4-6 semanas con persistencia de ciática severa o evidencia clínica de compromiso neurológico<sup>(14)</sup>.

### **Consulta de enfermería**

Por parte de enfermería, debemos realizar una valoración individualizada de cada paciente y ofrecer una adecuada educación con una serie de recomendaciones de autocuidados.

Inicialmente, se deberá realizar la **anamnesis, valoración y exploración**<sup>(10, 15)</sup>:

- Edad
- Antecedentes
- Descripción del dolor:
  - Forma de inicio (progresivo/repentino).
  - Tipo (mecánico/inflamatorio).
  - Localización e irradiación.
  - Intensidad (escala visual analógica, EVA) (ANEXO I).

- Duración y ritmo horario.
  - Factores que agravan/mejoran (reposo, movimientos, bipedestación).
- Otros síntomas acompañantes: síntomas constitucionales o neurológicos.
  - Exploración física: estado general, temperatura e índice de masa corporal.
  - Estratificación del riesgo: STarT Back Screening Tool (SBST) (ANEXO II).

Si existen hallazgos clínicos que aumentan la sospecha de la existencia de una patología grave (“red flags”) o si se cumplen alguno de los criterios de exclusión (dolor inflamatorio, síntomas constitucionales, intestinales o neurológicos entre otros) deberemos derivar al médico de referencia para una valoración en profundidad.

## **Intervenciones**

Se debe destacar que un factor clave de la intervención de enfermería en la lumbalgia es educar y proporcionar información adecuada al paciente, ésta mejora el estado funcional del paciente, acelera su recuperación y disminuye el número de visitas. (Evidencia C) <sup>(14)</sup>.

Esta información debe ser positiva y tranquilizadora, informando de que el pronóstico es favorable en la mayoría de las lumbalgias para así tranquilizarles y conseguir una pronta recuperación e incorporación a su actividad (Evidencia D). Ya que, por ejemplo, los folletos explicativos para pacientes no han demostrado efectividad por sí solos. (Evidencia A) <sup>(14)</sup>.

### Recomendaciones generales<sup>(15)</sup>:

- Procurar hacer vida normal, mantenerse activo haciendo ejercicio regularmente (aumentando de forma gradual la actividad según se tolere).
- Evitar el reposo total en cama (como mucho 2 días), cambiar de postura cada hora.
- Seguir las normas de una adecuada higiene postural (ANEXO III).
- Perder peso, si sobrepeso/obesidad.
- Los analgésicos como el paracetamol y los AINEs, así como los opioides tienen evidencia a favor de su uso para el manejo del dolor lumbar, se deben considerar también los efectos adversos de los fármacos.

## **JUSTIFICACIÓN**

La lumbalgia a pesar de afectar a un porcentaje muy alto de la población y de ser uno de los problemas de salud con más años de antigüedad, aún no tiene un tratamiento específico, incluso sigue habiendo controversia en la utilización de muchos, entre ellos, uno de los más básicos, el guardar reposo absoluto frente al mantenerse activo, por lo que en esta búsqueda bibliográfica se analizan algunos de los estudios que tratan sobre este tema realizados hasta ahora.

Enfermería presenta gran importancia en el abordaje de esta afección siendo principal su papel a través de la educación sanitaria.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Identificar la mejor evidencia científica disponible de la eficacia de mantenerse activo y del reposo en cama en la lumbalgia.

### **Objetivos específicos**

- Determinar los beneficios o perjuicios tanto físicos como psicológicos del reposo en cama.
- Evaluar la efectividad de mantenerse activo, además de ver que ejercicios pueden estar recomendados en el proceso de recuperación.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para plantear el tema y elaborar esta revisión bibliográfica de los posibles tratamientos de la lumbalgia, realizada durante los meses de enero a mayo de 2023, se formuló la siguiente pregunta PICO:

- ¿En pacientes que sufren lumbalgia de forma aguda, subaguda o crónica es más beneficioso mantenerse activo o guardar reposo en cama?

<b>P</b> <b>Población de</b> <b>pacientes</b>	<b>I</b> <b>Intervención</b>	<b>C</b> <b>Comparación</b>	<b>O</b> <b>Resultado</b> <b>esperado</b>
Pacientes que sufren lumbalgia de forma aguda, subaguda o crónica	Indicación de mantenerse activo	Frente a guardar reposo en cama	¿Resulta beneficioso para su recuperación o mejoría?

Tabla 1: pregunta PICO. Fuente: elaboración propia

Una vez formulada la pregunta PICO, se realizó una búsqueda bibliográfica empleando para ello los idiomas de inglés y español en las principales bases de datos tales como: Pubmed, Cochrane Library y SciELO.

Para ello se han empleado los términos Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) o los Medical Subject Headings (MeSH) con el operador booleano “AND”, utilizando los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se han utilizado la misma combinación de descriptores y operador booleano en todas las bases de datos.

Los artículos han sido seleccionados con un inicial análisis del título y una lectura posterior del resumen para comprender el tema principal del artículo.

También se han utilizado manuales para profesionales (MSD), GPC y se han consultado sociedades científicas relacionadas con el tema tratado (Sociedad Española de Reumatología).

<b>DeCS</b>	<b>MeSH</b>
Dolor de la región lumbar	Low Back Pain
Ciática	Sciatica
Tratamiento conservador	Conservative Treatment
Ejercicio	Exercise
Reposo en cama	Bed rest
Enfermería	Nursing
Guía clínica	Guideline

Tabla 2.- Tesoros en términos DeCS y MeSH. Fuente: elaboración propia

Los criterios de inclusión y exclusión fueron:

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Artículos con texto completo
- Artículos de 10 años de antigüedad, a excepción de tres de ellos que por relevancia de la información se amplió el rango de antigüedad (máximo hasta 2010).
- Idioma: inglés y español.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Población pediátrica con dolor lumbar
- Pacientes embarazadas con dolor lumbar.
- Pacientes con dolor lumbar de origen tumoral

Se seleccionaron un total de 13 estudios de 4 bases de datos diferentes:

**PubMED:**

Se utilizaron los términos MeSH Exercise AND Sciatica y se obtuvieron 242 resultados. Se aplicaron los filtros: 10 years, english and spanish.

Resultados: 81 artículos

Seleccionados: 3 artículos, solo 1 utilizado

Se utilizaron los términos MeSH Low Back Pain AND Exercise AND Rest y se obtuvieron 330 resultados. Se aplicaron los filtros: 2010-2023, english and spanish.

Resultados: 158 artículos

Seleccionado y utilizado: 1 artículo

Se utilizaron los términos MeSH Sciatica AND Conservative Treatment y se obtuvieron 355 resultados. Se aplicaron los filtros: 10 years, english and spanish.

Resultados: 113 artículos

Seleccionados: 2 artículos y solo 1 utilizado

Se utilizaron los términos MeSH Low Back Pain AND Guidelines AND Conservative Treatment y se obtuvieron 105 resultados. Se aplicaron los filtros: 10 years, english and spanish.

Resultados: 61 artículos

Seleccionado y utilizado: 1 artículo

Se utilizaron los términos MeSH Low Back Pain AND Guidelines AND Bed Rest y se obtuvieron 42 resultados. Se aplicaron los filtros: 10 years, english and spanish.

Resultados: 14 artículos

Seleccionados: 1 artículo

Se utilizaron los términos MeSH Low back pain AND Bed Rest y se obtuvieron 349 resultados. Se aplicaron los filtros: 2010-2023, english and spanish.

Resultados: 107 artículos

Seleccionados: 1 artículo

### **Cochrane Library**

Se utilizaron los términos MeSH Low back pain AND Bed rest AND Exercise y se obtuvieron 54 resultados. Se aplicó el filtro de años: de 2010 a 2023.

Resultados: 28 artículos

Seleccionados y utilizados: 2 artículos

Se utilizaron los términos MeSH Exercise AND Sciatica y se obtuvieron 122 resultados. Se aplicó el filtro de los últimos 10 años.

Resultados: 76 artículos

Seleccionados: 1 artículo

**SciELO:**

Se utilizaron los términos DeCS Lumbalgia Y Tratamiento y se obtuvieron 114 resultados. Se aplicó el filtro de los últimos 10 años.

Resultados: 57 artículos

Seleccionados y utilizados: 3 artículos

**Medigraphic:**

Se utilizaron los términos DeCS Lumbalgia y Guía clínica y Tratamiento conservador. Se aplicó el filtro de máximo 50 resultados.

Seleccionados y utilizados: 1 artículo

**Otras fuentes**

También se ha buscado información en otras fuentes de información fuera de las bases de datos: Manuales para profesionales (MSD) y la página web oficial de la Sociedad Española de Reumatología.

Además, se han utilizado guías y protocolos oficiales (Protocolo de fisioterapia en atención primaria del Sacyl y la guía NICE).

Título del artículo	Autor/Autores	Tipo de artículo
Exercise for Neuropathic Pain: A Systematic Review and Expert Consensus	Yong-Hui Zhang, Hao-Yu Hu, Yuan-Chang Xiong, Changgeng Peng, Li Hu, Ya-Zhuo Kong, Yu-Ling Wang, Jia-Bao Guo, Sheng Bi, Tie-Shan Li, Li-Juan Ao, Chu-Huai Wang, Yu-Long Bai, Lei Fang, Chao Ma, Lin-Rong Liao, Hao Liu, Yi Zhu, Zhi-Jie Zhang, Chun-Long Liu, Guo-En Fang, Xue-Qiang Wang	Revisión sistemática
Comparison of physician's advice for non-specific acute low back pain in Japanese workers: advice to rest versus advice to stay active	Ko Matsudaira, Nobuhiro Hara, Mayumi Arisaka, Tatsuya Isomura	Estudio de cohortes prospectivo
A narrative review of non-operative treatment, especially traditional Chinese medicine therapy, for lumbar intervertebral disc herniation	Bo Zhang, Haidong Xu, Juntao Wang, Bin Liu, Guodong Sun	Revisión narrativa
National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy	Mette Jensen Stochkendahl, Per Kjaer, Jan Hartvigsen, Alice Kongsted, Jens Aaboe, Margrethe Andersen, Mikkel Andersen, Gilles Fournier, Betina Højgaard, Martin Bach Jensen, Lone Donbæk Jensen, Ture Karbo, Lilli Kirkeskov, Martin Melbye, Lone Morsel-Carlsen, Jan Nordsteen, Thorvaldur Skuli Palsson, Zoreh Rasti, Peter Frost Silbye, Morten Zebitz Steiness, Simon Tarp, Morten Vaagholt	Revisión narrativa
Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview	Crystian B Oliveira, Chris G Maher, Rafael Z Pinto, Adrian C Traeger, Chung-Wei Christine Lin, Jean-François Chenot, Maurits van Tulder, Bart W Koes	Revisión narrativa

Muscle Atrophy and Changes in Spinal Morphology Is the Lumbar Spine Vulnerable After Prolonged Bed-Rest?	Daniel L. Belavy <sup>1</sup> , PhD, Gabriele Armbrecht, PhD, Carolyn A. Richardson, PhD, Dieter Felsenberg, MD, PhD, and Julie A. Hides, PhD	Ensayo clínico
Rest versus exercise as treatment for patients with low back pain and Modic changes. A randomized controlled clinical trial	Rikke K Jensen <sup>1</sup> , Charlotte Leboeuf-Yde, Niels Wedderkopp, Joan S Sorensen, Claus Manniche	Ensayo controlado aleatorizado
Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute lo-back pain and sciatica	Kristin Thuve Dahm <sup>1</sup> , Kjetil G Brurberg <sup>2</sup> , Gro Jamtvedt <sup>3</sup> , Kåre Birger Hagen	Revisión sistemática
A Meta-Analysis of Core Stability Exercise Versus General Exercise for Chronic Low Back Pain	Xue-Qiang Wang, Jie-Jiao Zheng, Zhuo-Wei Yu, Xia Bi, Shu-Jie Lou, Jing Liu, Bin Cai, Ying-Hui Hua, Mark Wu, Mao-Ling Wei, Hai-Min Shen, Yi Chen, Yu-Jian Pan, Guo-Hui Xu, Pei-Jie Chen	Meta-análisis
Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú (EsSalud)	Ricardo Carpio, Sergio Goicochea-Lugo, José Chávez Corrales, Nieves Santayana Calizaya, Jaime A. Collins, Jesús Robles Recalde, Adrián V. Henández, Alejandro Piscoya, Víctor Suárez Moreno, Raúl Timaná-Ruiz	Guía de práctica clínica
Ejercicio físico como tratamiento en el manejo de lumbalgia	Gabriel A. Hernández y Juan D. Zamora Salas	Revisión narrativa
Lumbalgia: una dolencia muy popular y a la vez desconocida	Ana Aguilera y Arturo Herrera	Revisión narrativa
Parámetros de práctica para el manejo del dolor de espalda baja	Uría Guevara-López, Alfredo Covarrubias-Gómez, Jorge Elías-Dib, Alejandro Reyes-Sánchez, & Tatiana Sofía Rodríguez-Reyna	Revisión narrativa

Tabla 3 – Resumen de los artículos elegidos. Fuente: Elaboración propia

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El dolor lumbar es una de las afecciones más prevalentes y con un gran impacto en nuestra sociedad. Tiene un gran costo económico y es una de las primeras causas de absentismo laboral y jubilación anticipada <sup>(16-18)</sup>.

Debido a estos factores entre otros, surge la necesidad de averiguar cuál es el tratamiento más adecuado para que las personas que sufren de lumbalgia puedan recuperarse más rápidamente.

A lo largo de los años ha existido una gran controversia sobre cual es el abordaje más adecuado para tratar esta patología. Hasta finales de los 90 el más común era el descansar y guardar reposo, lo que parecía lógico ya que muchas personas al recostarse obtienen algún alivio; sin embargo, se vio que períodos prolongados de reposo en cama eran potencialmente dañinos, por lo que comenzaron a investigar para concluir que recomendación es más eficaz para la recuperación de los pacientes con dolor lumbar <sup>(17)</sup>.

### Reposo

En el estudio realizado por Daniel L. Belavý <sup>(19)</sup>, nueve hombres sanos se sometieron a 60 días de reposo en cama con el objetivo de ver si es vulnerable la columna lumbar a diversos cambios después de ese periodo.

Tras su realización vieron varios cambios morfológicos en la espina lumbar y atrofia muscular, lo cual provocó dolor lumbar.

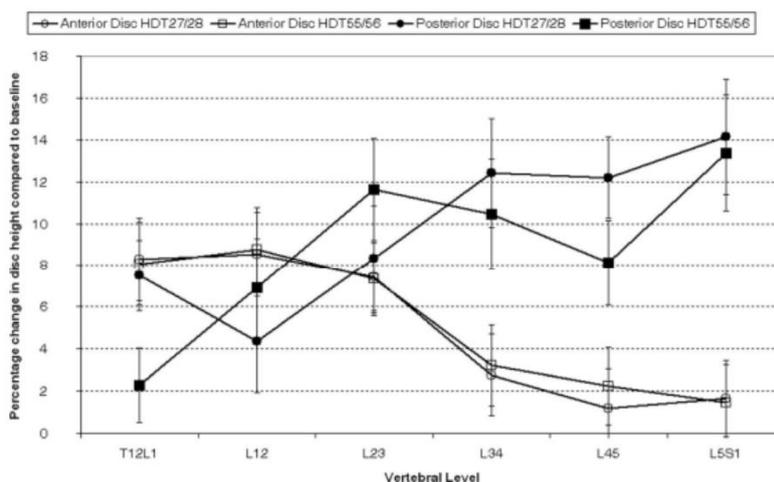


Figura 1<sup>(19)</sup>: Cambio porcentual en la altura del disco en cada nivel vertebral durante el reposo en cama. HDT27/28: exploración realizada los días 27 y 28 de reposo en cama; HDT55/56: exploración realizada en los días 55 y 56 de reposo en cama.

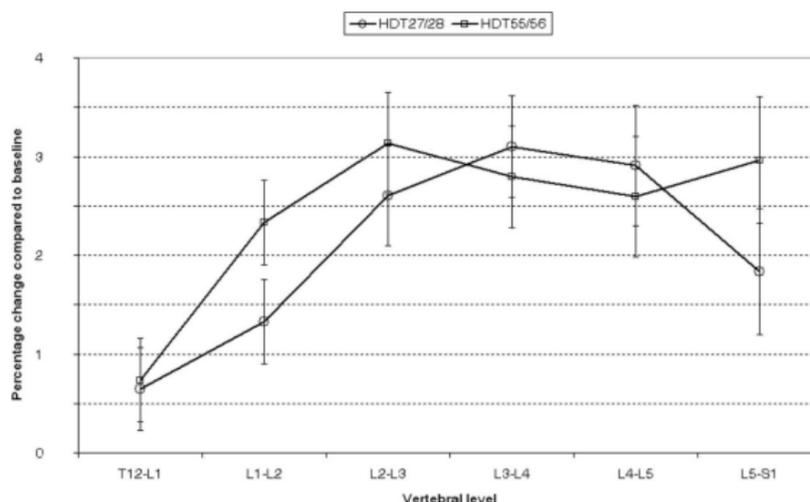


Figura 2<sup>(19)</sup>: porcentaje de cambio en la longitud intervertebral (distancia vertical entre las esquinas dorsorostrales de 2 vértebras adyacentes) durante el reposo en cama. T27/28: exploración realizada los días 27 y 28; HDT55/56: exploración realizada en los días 55 y 56 de reposo en cama.

Cabe destacar que, en la Figura1, los discos lumbares inferiores muestran aumentos de altura en la parte anterior, mientras que en los discos superiores el aumento de altura aparece en la parte posterior. Por otro lado, en la Figura2 los aumentos de longitud entre T12 y L1 son prácticamente insignificantes mientras que en el resto de la columna los aumentos son mayores, lo cual muestra que la zona lumbar inferior es la más afectada.

A pesar del bajo número de sujetos que participaron, afirmaron la existencia de una clara relación entre la aparición del dolor lumbar después de un reposo prolongado en cama y los cambios observados en la columna lumbar durante ese reposo.

Estos cambios o efectos de la inactividad también fueron descritos en una revisión publicada por Gabriel A. Hernández en 2017<sup>(16)</sup> en el que se citan los siguientes:

- Efectos sobre el cartílago articular y especialmente sobre los tejidos de la columna vertebral; genera pérdida de coordinación y potencia muscular (además en caso de lumbalgia crónica dificulta la recuperación espontánea).
- Atrofia de los músculos lumbares, transverso espinoso y erector de la columna a partir del primer episodio de dolor de espalda, lo cual supone para el paciente un riesgo de futuras patologías.

Gracias al análisis de estos estudios se debe tener en cuenta que los cambios observados en la morfología de la columna y los cambios en el tamaño de los músculos podrían contribuir a un mayor riesgo de lesiones en la columna lumbar y dolor en esta zona después del reposo en cama.

Ko Matsudaira<sup>(20)</sup> realizó un estudio comparativo para ver la diferencia entre dos abordajes diferentes para la misma enfermedad, la lumbalgia. Para ello se usaron unas encuestas autoadministradas sobre el dolor lumbar relacionado con la ocupación a 6140 trabajadores de 16 lugares diferentes, de éstos se seleccionaron 3803 según una serie de criterios y a su vez se dividieron en 2 grupos: “el grupo activo” (consejo de mantenerse activo tanto como el dolor lo permitiera) y “el grupo de descanso (descansar tanto como sea posible hasta la recuperación) y se realizó un seguimiento de ambos al cabo de 1 año.

Tras la realización del estudio observaron que aquellos que siguieron la indicación de reposo en cama tenían una mayor discapacidad tras un año.

Vieron también un componente emocional importante, ya que los pacientes con indicación de reposo en cama se mostraron menos positivos y optimistas que aquellos con consejo de mantenerse activo, lo que conduce a un aumento del estrés psicológico (el catastrofismo del dolor y el miedo a las lesiones) que a su vez lleva a una mayor carga espinal y riesgo de lesiones.

Por lo tanto, se llega a la conclusión de que se debe contraindicar el reposo absoluto en cama, ya que prolonga el estado de lumbalgia y la incapacidad laboral. Para evitarlo, se debe mantener el mayor grado de actividad física que el dolor permita.

En este estudio también se debe tener en cuenta una serie de limitaciones; al tratarse de una encuesta de autoevaluación, no hay forma de determinar cómo los trabajadores realmente siguieron el abordaje asignado. Además, en la encuesta aparecían preguntas retrospectivas, por lo que puede estar presente el sesgo de recuerdo.

Gabriel A. Hernández, Ana Aguilera y Guevara-López U.<sup>(16,18,21)</sup> coinciden en las indicaciones de cómo debería ser el reposo en cama en caso de no poder evitarlo según sus respectivas revisiones narrativas.

Si el reposo absoluto fuera totalmente necesario (en caso de dolor severo e invalidante, generalmente menos de 4 en la escala EVA), debe ser lo más breve posible y durar un máximo de dos días, ya que cada día de reposo en cama conlleva una pérdida del 2% de la fuerza muscular.

Esto se explica gracias a la evidencia de que guardar reposo en cama por más de cuatro días provoca debilitamiento muscular, mayor dolor, disminución de la mineralización ósea y tromboembolismo venoso (nivel de evidencia I-A-pobre-clase I). Efectos que también coinciden con los resultados obtenidos en los artículos ya citados de Daniel L. Belavý<sup>(19)</sup> y Gabriel A. Hernández en 2017<sup>(16)</sup>.

Una revisión narrativa de 2017 publicada por Bo Zhang<sup>(22)</sup> en la que se debate que se debe elegir; si el mantenerse activo o el reposo en cama para el dolor agudo lumbar y la ciática, expone todos los beneficios del reposo:

- La presión de los discos intervertebrales está relacionada con la posición del paciente y varía según cuál sea esta, siendo la más baja en posición recostada, al estar echado y reducirse la presión entre los discos intervertebrales se elimina la tensión de los tejidos blandos circundantes y se restaura el equilibrio biomecánico del disco intervertebral.
- Mejora la circulación de la sangre local y elimina la inflamación y el edema de los tejidos blandos circundantes, lo que beneficia al suministro de nutrientes del disco intervertebral.

- Beneficia a la reparación del anillo de fibra dañada y evita la estimulación de la medula espinal o la raíz nerviosa causada por el movimiento.

Sin embargo, en el mismo artículo de Bo Zhang se explica que, a pesar de esos beneficios, estudios más recientes demuestran que el reposo no es un tratamiento eficaz (retrasa la recuperación y se observan muchos más beneficios al mantenerse activo si se comparan) por lo que en la revisión se sugiere que se debe descartar el viejo punto de vista obsoleto del reposo en cama.

Concluye además, resaltando que dentro de los tratamientos no quirúrgicos de la lumbalgia no existe suficiente evidencia para ver cuál es el mejor o más efectivo para tratar esta afección.

### **Actividad/No reposo**

En la mayoría de las guías o recomendaciones de profesionales se indica que el paciente con lumbalgia debe mantener el mayor grado de actividad física diaria que le permita el dolor y realizar todas aquellas actividades que normalmente haría <sup>(16-18,20-23)</sup>.

En la revisión de Mette Jensen Stochkendahl<sup>(24)</sup> se afirma que el ejercicio tiene un efecto positivo potencial en la salud general de los pacientes, puede prevenir episodios recurrentes, y los eventos adversos graves son raros.

En este artículo, dos grupos de trabajo multidisciplinarios formularon recomendaciones basadas en el enfoque GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation); compararon varios estudios y afirmaron con una calidad moderada los beneficios de mantenerse activo en la intensidad del dolor a corto plazo y la limitación de la actividad del dolor lumbar.

El nivel de evidencia se disminuyó debido a la falta de un efecto clínicamente relevante, el riesgo de sesgo y la estimación imprecisa del efecto. A pesar de ello, el grupo de trabajo acordó que los efectos positivos generales de mantenerse activo superan los posibles efectos nocivos, lo que llevó a una recomendación a favor del consejo de mantenerse activo.

Entre los beneficios de realizar actividad física en un paciente con lumbalgia, como señala la revisión de Gabriel A. Hernández <sup>(16)</sup>, se muestran:

- Reducción significativa del dolor (a más semanas realizando ejercicio y cuanta mayor sea la intensidad, mayor alivio) y una mejoría de la capacidad funcional a corto y largo plazo en pacientes con dolor lumbar agudo.
- Menor período de incapacidad laboral y de cronicidad.
- Recuperación más temprana de los síntomas reduciendo la discapacidad, uno de los mayores problemas de esta afección.
- Fortalecimiento muscular, reducción de la tensión mecánica de las estructuras vertebrales, mejora de la condición física, prevención de lesiones y mejora la postura y movilidad de los pacientes con dolor de espalda baja.
- El ejercicio y los movimientos causan compresión alterna y relajación del cartílago articular y asegura el movimiento del líquido sinovial de este cartílago lo que permite el adecuado funcionamiento del cartílago articular. Además, mantiene los ligamentos más gruesos y fuertes lo cual influye en su funcionamiento y flexibilidad.
- Mejora la nutrición y salud de los discos intervertebrales y reduce el riesgo de desarrollar osteoartritis.
- Las personas con mayores niveles de resistencia, fuerza muscular y mejor condición cardiovascular tienden a tener menos problemas de columna vertebral, existe una relación positiva entre el ejercicio aeróbico de bajo y moderado impacto y la disminución de la lumbalgia.
- Restauración de la función normal y conseguir una mínima posibilidad de recaída, ya que mediante la realización de ejercicio se puede disminuir o eliminar el dolor, restaurar y mantener el rango de movimiento, mejorar la fuerza y resistencia de músculos lumbares y abdominales.

Estos beneficios coinciden con los que mencionan otros muchos autores; en el caso del ejercicio, los estudios analizados indican que se han utilizado varios tipos de ejercicios para el tratamiento del dolor lumbar con diferentes grados de éxito, sin embargo; ninguna investigación señala un protocolo específico de ejercicios para el manejo de la lumbalgia crónica o aguda, para lo que serían necesarias futuras líneas de investigación.

Los métodos más utilizados mecánicamente para tratar las lumbalgias son: ejercicios de fortalecimiento muscular (McKenzie y Williams, los cuales se deben iniciar cuatro semanas después del episodio agudo, nivel de evidencia IV), de pilates y de estabilización espinal<sup>(16, 21)</sup>.

Este último tipo de ejercicios enfocados en la estabilidad del CORE (“centro” o “núcleo”, refiriéndose a los músculos abdominales, lumbares, de la pelvis, los glúteos y la musculatura profunda de la columna), cada vez son más populares y son una parte muy importante en la rehabilitación de la lumbalgia. Van dirigidos a saber controlar la posición y el movimiento de la parte central del cuerpo, en ello se basan otras disciplinas populares como el Tai-Chi, el Yoga o el Pilates.

Para ver si es más efectivo que los ejercicios generales en el dolor lumbar Xue-Qiang Wang realizó un meta-análisis<sup>(25)</sup> que incluía a 414 pacientes y 5 ensayos clínicos aleatorizados que compararon los efectos de estos dos tipos de ejercicios.

Se vio que los ejercicios para la estabilidad del CORE son mejores que los generales, ya que se mostró un mayor alivio del dolor y mejoró el estatus funcional específico de la espalda a corto plazo, sin embargo, no se observó diferencia a largo plazo. Además, se ha de tener en cuenta que solo valoraron a pacientes con dolor lumbar crónico (mayor de 12 semanas), por lo que no se puede generalizar a los demás tipos de lumbalgia.

Siguiendo la recomendación de mantenerse activo y realizar ejercicio físico existen diferentes estudios que respaldan esta afirmación:

- Crystian B.Oliveira comparó GPC nacionales de 15 países diferentes en un artículo de revisión<sup>(26)</sup>, vieron que 12 de ellas recomendaban mantener las actividades normales y 11 aconsejaban evitar el reposo en cama (estando en ambas España). La excepción fue Bélgica, en la que se explica que no hay evidencia de los beneficios o daños del reposo en cama cuando es usado en periodos cortos.

- La GPC del seguro social de Perú respondió a 11 preguntas formuladas por un grupo de médicos especialistas<sup>(23)</sup>.

En ellas se sugiere que se debe continuar con la actividad física y mantener actividades de la vida diaria y que por lo tanto se debe evitar el reposo. Estas

afirmaciones tienen una recomendación condicional debido a la baja certeza de la evidencia de algunos estudios.

- En el estudio comparativo de Ko Matsudaira<sup>(20)</sup>, antes ya citado, demostró que el mantenerse activo desde el primer momento de la lesión tisular puede contribuir a una curación efectiva, lo que explica por qué la recurrencia del dolor lumbar ocurre con más frecuencia en los pacientes que eligen descansar.

Se vio que el dolor lumbar es más probable que sea recurrente en aquellos que reciben consejo de reposo en cama hasta su recuperación que aquellos que se mantienen todo lo activos que el dolor les permite.

Sin embargo, en el ámbito laboral y de salud de Japón el mantener reposo hasta conseguir la recuperación se sigue considerando un enfoque terapéutico efectivo, lo cual los autores de esta investigación resaltan que se debería modificar ya que el consejo de no guardar reposo ya se considera un consenso mundial entre los expertos del dolor lumbar.

- La revisión de Cochrane realizada por Dahm KT<sup>(17)</sup> se comparó el consejo de reposo en cama con el de mantenerse activo en el dolor lumbar agudo y en la ciática.

En los resultados del dolor lumbar agudo vieron una mejoría en el estado funcional a la hora de mantenerse activo a las 4 y a las 12 semanas, sin embargo, en la intensidad del dolor y en la duración de los síntomas no se pudo llegar a una conclusión sobre cuál es el mejor tratamiento.

En la ciática no encontraron diferencias entre ambos abordajes de la enfermedad.

- Para la ciática, Fernandez et al. afirmó en su revisión sistemática <sup>(27)</sup> que el ejercicio disminuye la intensidad del dolor y que por lo tanto se debe recomendar permanecer activo.

Un programa de ejercicios compuesto por ejercicios estabilizadores estáticos y dinámicos, hidroterapia y ejercicios isométricos dirigidos a los músculos del tronco y de las extremidades inferiores es beneficioso para la reducción del dolor en las piernas.

Por tanto, la recomendación de los expertos con un 100% del consenso, es realizar esos ejercicios como tratamiento complementario para el dolor en pacientes con ciática (Nivel de evidencia I, A).

Un ensayo clínico controlado aleatorizado publicado por Rikke K Jensen<sup>(28)</sup> tuvo como objetivo comparar el actual enfoque de tratamiento 'de última generación' (ejercicio y estímulo para mantenerse activo) con un nuevo enfoque (reducción de carga y descanso diario) en 100 pacientes con cambios Modic (modificaciones que se producen en las vértebras y que se reflejan en cambios de imagen en la resonancia magnética) y dolor lumbar. Para ello, se realizó un seguimiento a las 10 semanas del reclutamiento (información disponible de 87 pacientes) y a las 52 de la intervención (con información de 96 pacientes).

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de intervención para ninguno de los resultados de dolor, discapacidad, salud general, depresión o evaluación global. Encontraron varias limitaciones: asumieron que los cambios Modic eran la causa del dolor lumbar pero pueden existir otros factores que lo hubieran provocado, la dosis de reposo pudo ser insuficiente y también observaron la posibilidad de que los diferentes tipos de cambios Modic respondan de forma diferente al tratamiento.

## CONCLUSIONES

- Se debe mantener el mayor grado de actividad y realizar todas las actividades diarias posibles que el dolor permita, ya que de este modo disminuye el dolor, el tiempo de incapacidad laboral y la cronicidad. Por otro lado, aumenta la capacidad funcional, la recuperación temprana y el fortalecimiento muscular.
- El reposo en cama prolongado no se recomienda, ha demostrado producir diversos cambios morfológicos y atrofia muscular; además conlleva una mayor discapacidad y retrasa la recuperación.
- En caso de ser necesario, el reposo en cama debe ser de la menor duración posible y no durar más de 2 días.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Díez García, M. A., Beika Mentxaca, I., & Herrero Erquíñigo, J. L. Lumbalgia y ciática. Farmacia profesional (Internet). 2003 [citado el 2 de febrero de 2023]; 17(9), 66–74. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-lumbalgia-ciatica-13053074>
2. Bernstein IA, Malik Q, Carville S, Ward S. Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance. BMJ [Internet]. 2017 [citado el 2 de febrero de 2023];356:i6748. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28062522/>
3. Ferreira G, Stieven F, Araujo F, Wiebusch M, Rosa C, Plentz R, et al. Neurodynamic treatment did not improve pain and disability at two weeks in patients with chronic nerve-related leg pain: a randomised trial. J Physiother [Internet]. 2016 [citado el 2 de febrero de 2023];62(4):197–202. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955316300571>
4. Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2010 [citado el 2 de febrero de 2023];(6):CD007612. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007612.pub2>
5. Sociedad Española de Medicina Interna, Ciática [Internet]. Fesemi.org. 2023 [citado el 2 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/ciatica>
6. Rubio E. HISTORIA DE LA CIATICA [Internet]. Enriquerubio.net. 2016 [citado el 3 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://enriquerubio.net/historia-de-la-ciatica>
7. Villegas CR. El reposo absoluto en cama en la lumbociática aguda [Internet]. Esteve.org. 2028 [citado el 3 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/13591.pdf>
8. Lumbalgia; Causas, Síntomas y Tratamiento [Internet]. TRAUMADRID. 2020 [citado el 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.traumadrid.es/traumatologia-madrid/traumatologo-especialista-columna/lumbalgia/>

9. Platero JM. La lumbalgia: definición, causas, síntomas y tratamientos [Internet]. Clínica Élite. 2017 [citado el 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://clinicaelite.es/lumbalgia-definicion-causas-sintomas-y-tratamientos/>
10. Barrabés V, Ornilla E. Lumbalgia aguda [Internet]. Clínica Universidad de Navarra 2018 [citado el 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/usuario/Downloads/guia-actuacion-lumbalgia-aguda.pdf>
11. Gutiérrez Durán F. HCB. Causas de lumbalgia [Internet]. Hospital Clínica Bíblica. 2020 [citado el 5 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicabiblica.com/es/pacientes/guia-de-soluciones-de-salud/5146-causas-de-lumbalgia>
12. Portal del Medicamento [Internet]. Saludcastillayleon.es. 2018 [citado el 14 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/fr/noticias-destacados/destacados/lumbalgia-tratamiento-eficaz-seguro>
13. Pérez Irazusta I., Alcorta Michelena I., Aguirre Lejarcegui G., Aristegi Racero G., Caso Martínez J., Esquisabel Martínez R., López de Goicoechea Fuentes AJ., Martínez Eguía B., Pérez Rico M., Pinedo Otaola S., Sainz de Rozas Aparicio R. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. [Internet]. Euskadi.eus. 2007 [citado el 14 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba\\_publicaciones/es\\_osteba\\_adjuntos/gpc\\_07-1%20lumbalgia.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/es_osteba_adjuntos/gpc_07-1%20lumbalgia.pdf)
14. Pérez Torres F., Pérez Caballero P., Núñez-Cornejo Palomares C., Ibáñez Juliá M.J., López Buades T.L, Juliá Mollá C., Buades Soriano T., Núñez-Cornejo Piquer C., Pérez Torres A., Ibáñez García D., Ruiz de la Torre Trus de Ilarduya RSVreumatologia.es. 2013 [citado el 22 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://svreumatologia.es/wp-content/uploads/2023/02/svr-libros-enfermedades-reumaticas-actualizacion-svr-2013-capitulo-36.pdf>
15. Cabrera Rodríguez C., Domínguez Marmolejo A., Sáez M., Ganfornina Rus F., López Campos P., Machuca Albertos M., Pérez Milena A., Piñar Salcedo A., Rivero Romero C., Sánchez Pérez R., Velasco Espinosa I., Villena Machuca L.

- CONSULTA DE REORIENTACIÓN DE LA DEMANDA [Internet]. Juntadeandalucia.es. 2020 [citado el 24 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/si/ncfiles/wsas-media-mediafile\\_sasdocumento/2021/DOLOR\\_LUMBAR.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/si/ncfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2021/DOLOR_LUMBAR.pdf)
16. Hernández GA, Zamora Salas JD. Ejercicio físico como tratamiento en el manejo de lumbalgia. Rev Salud Pública (Bogotá) [Internet]. 2017 [citado el 20 de marzo de 2023];19(1):123–8. Disponible en: [http://www.scielo.org/co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642017000100123&lang=es](http://www.scielo.org/co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000100123&lang=es)
17. Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2010 [citado el 20 de marzo de 2023];(6):CD007612. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007612.pub2/full/es?highlightAbstract=bed%7Crest%7Cpain%7Cexercis%7Clow%7Cback%7Cexercise>
18. Aguilera A, Herrera A. Lumbalgía: una dolencia muy popular y a la vez desconocida. Salud Comunidad [Internet]. 2013 [citado el 22 de marzo de 2023];11(2):80–9. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932013000200010](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932013000200010)
19. Belavý DL, Armbrecht G, Richardson CA, Felsenberg D, Hides JA. Muscle atrophy and changes in spinal morphology: is the lumbar spine vulnerable after prolonged bed-rest? Spine [Internet]. 2011 [citado el 22 de marzo de 2023];36(2):137–45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20595922/>
20. Matsudaira K, Hara N, Arisaka M, Isomura T. Comparison of physician's advice for non-specific acute low back pain in Japanese workers: Advice to rest versus advice to stay active. Ind Health [Internet]. 2011 [citado el 23 de marzo de 2023];49(2):203–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21173530/>
21. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Elías-Dib J, Reyes-Sánchez A, Rodríguez-Reyna TS. Parámetros de práctica para el manejo del dolor de

- espalda baja. *Cir Cir* [Internet]. 2011 [citado el 23 de marzo de 2023];79(3):286–302. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=29731&id2=>
22. Zhang B, Xu H, Wang J, Liu B, Sun G. A narrative review of non-operative treatment, especially traditional Chinese medicine therapy, for lumbar intervertebral disc herniation. *Biosci Trends* [Internet]. 2017 [citado el 23 de marzo de 2023];11(4):406–17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28904328/>
23. Carpio R, Goicochea-Lugo S, Chávez Corrales J, Santayana Calizaya N, Collins JA, Robles Recalde J, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú (EsSalud). *An Fac Med (Lima Peru : 1990)* [Internet]. 2018 [citado el 27 de marzo de 2023];79(4):351. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832018000400014&lang=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832018000400014&lang=es)
24. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J* [Internet]. 2018 [citado el 27 de marzo de 2023];27(1):60–75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28429142/>
25. Coulombe BJ, Games KE, Neil ER, Eberman LE. Core stability exercise versus general exercise for chronic low back pain. *J Athl Train* [Internet]. 2017 [citado el 3 de abril de 2023];52(1):71–2. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/central/doi/10.1002/central/CN-01370137/full?highlightAbstract=sciatica%7Cexercise%7Cexercis%7Csciatic>
26. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin C-WC, Chenot J-F, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J* [Internet]. 2018 [citado el 7 de abril de 2023];27(11):2791–803. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29971708/>

27. Zhang Y-H, Hu H-Y, Xiong Y-C, Peng C, Hu L, Kong Y-Z, et al. Exercise for neuropathic pain: A systematic review and expert consensus. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2021 [citado el 15 de abril de 2023];8:756940. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34901069/>
28. Jensen RK, Leboeuf-Yde C, Wedderkopp N, Sorensen JS, Manniche C. Rest versus exercise as treatment for patients with low back pain and Modic changes. A randomized controlled clinical trial. *BMC Med* [Internet]. 2012 [citado el 15 de abril de 2023];10(1):22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22376791/>

## ANEXOS

### ANEXO I – ESCALAS DEL DOLOR

Fuente: Protocolo Asistencia dolor lumbar Junta de Andalucía<sup>(15)</sup>

#### Escala numérica

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0) Nada de dolor

(10) El peor dolor imaginable

Se le pide a la persona que escoja un número, entre 0 y 10, según la intensidad de dolor que tiene.

#### Escala análoga visual



Nada de dolor

El peor dolor imaginable

Se le pide a la persona que marque sobre la línea el punto correspondiente al dolor que siente.

#### Escala de categorías

Nada (0)	Leve (1-3)	Moderado (4-6)	Fuerte (7-10)
----------	------------	----------------	---------------

Se le pide a la persona que seleccione la categoría que describe mejor el dolor que siente.

#### Escala de rostros

					
0	2	4	6	8	10
Muy contento sin dolor	Siente solo un poco de dolor	Siente un poco más de dolor	Siente aún más dolor	Siente mucho dolor	El dolor es el peor que puede imaginarse

Se le pide a la persona que seleccione el rostro que describe mejor cómo se siente.

**ANEXO II – STarT Back Screening Tool (SBST)****Fuente: Asistencia dolor lumbar Junta de Andalucía<sup>(15)</sup>**

Esta herramienta estratifica el riesgo del paciente con lumbalgia diferenciando a los pacientes según su pronóstico (riesgo de cronificación o persistencia de los síntomas) o capacidad de mejoría (probabilidad de éxito con un tratamiento convencional).

STarT Back Screening Tool					
Piense en las dos últimas semanas y marque su respuesta a las siguientes preguntas				(0) EN DESACUERDO	(1) DE ACUERDO
1. Mi dolor de espalda se ha extendido a lo largo de mi pierna(s) en alguna ocasión en las últimas dos semanas					
2. Me ha dolido el hombro o el cuello en alguna ocasión en las últimas semanas					
3. En las últimas dos semanas, sólo he caminado distancias cortas por mi dolor de espalda					
4. En las últimas dos semanas, me he vestido más lentamente de lo normal por mi dolor de espalda					
5. No es seguro estar físicamente activo con mi dolor de espalda					
6. Me he preocupado mucho por mi dolor de espalda en las últimas dos semanas					
7. Noto que mi dolor de espalda es terrible y que nunca irá a mejor					
8. En general en las últimas dos semanas, no he disfrutado de las cosas lo que habitualmente disfruto					
9. En general, ¿cómo le ha molestado su espalda en las últimas dos semanas?					
(0) Nada	(0) Un poco	(0) Moderadamente	(1) Mucho	(1) Extremadamente	
Puntuación total (9): _____			Puntuación Psico (5,6,7,8,9): _____		
Valoración del riesgo					
	BAJO	MEDIO	ALTO		
Puntuación Total	≤3 puntos	≥4 puntos			
Puntuación Psico	--	≤3 puntos	≥4 puntos		
RIESGO: _____					

## ANEXO III – Normas de higiene postural

Fuente:

Elaboración

propia

# HIGIENE POSTURAL

## POSICIÓN EN DECÚBITO (ACOSTADO).

1. Boca arriba necesitaremos dos cojines; uno debajo del cuello, otro un poco más grueso debajo de las rodillas

2. De lado utilizaremos una almohada gruesa de bajo de la cabeza y otra entre las rodillas.

3. Evitar ponernos boca abajo.



## POSICIÓN DE SEDESTACIÓN (SENTADO).

1. Apoyar los pies completamente en el suelo y a espalda en el respaldo.

2. Mantener las rodillas en un ángulo de 90°.

3. Es aconsejable el uso de un reposapiés, para mantener una flexión de rodillas adecuada.

4. Evitar tener las piernas cruzadas.

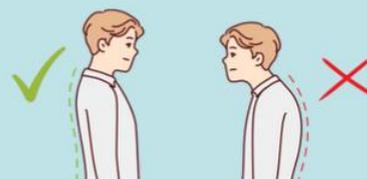


## POSICIÓN EN BIPEDESTACIÓN (DE PIE).

1. Mantener el cuerpo alineado con la mirada al frente.

2. Estando parados, mantener una de las rodillas extendidas y la otra semiflexionada e ir alternándolas, para cambiar el peso.

3. Interrumpir la posición estática de vez en cuando, dando algunos pasos.



## MANIPULACIÓN DE CARGAS

1. Para coger un peso del suelo flexione siempre las rodillas y nunca la espalda,

2. Si el objeto está elevado, nos colocaremos a la misma altura del objeto con una escalera.

3. En caso de llevar bolso pesado, debe colgarse cruzado, o bien usar bolso tipo mochila.

4. Al trasladar objetos, repartir el peso entre los dos brazos.



Bibliografía: 13. Pérez Irazusta I., Alcorta Michelena I., Aguirre Lejarcegui G., Aristegi Racero G., Caso Martínez J., Esquisabel Martínez R., López de Goicoechea Fuentes A.J., Martínez Eguía B., Pérez Rico M., Pinedo Otaola S., Sainz de Rozas Aparicio R. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. [Internet]. Euskadi.eus. 2007 [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba\\_publicaciones/es\\_osteba/adjuntos/gpc\\_07-1x20lumbalgia.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/es_osteba/adjuntos/gpc_07-1x20lumbalgia.pdf)