



GUIA

PRACTICA CLINICA LUMBALGIA INESPECIFICA

“No conocemos la causa del dolor lumbar”

North American Spine Society (NASS)
Haldeman S., Failure of the pathological model to predict back pain. Spine 1990; 15:718-724

ELABORO: <p style="text-align: center;"><u>GUSTAVO MUNERA B.</u> Médico Ortopedista</p> <p style="text-align: center;"><u>JORGE GONZALEZ L.</u> Médico Ortopedista</p>	REVISADO Y APROBADO: <p style="text-align: center;"><u>GLORIA MESA</u> Subgerente Científica</p>
---	---



GUIA PRACTICA CLINICA LUMBALGIA INESPECIFICA

CIE-GU-034

PAGINA:
2

VERSION No: 01

INTRODUCCION

El Tesoro de la Lengua Castellana de Sebastián de Covarrubias Orozco (1611), primer diccionario etimológico y enciclopédico de nuestra lengua define el dolor como *“el sentimiento que se hace de todo lo que nos da desplacer y disgusto”*¹.

El dolor es una experiencia subjetiva, emocional y compleja con repercusión física, psicológica, social y laboral que se manifiesta con toda intensidad en el dolor crónico. Además, la lumbalgia es un problema de salud pública. La prevalencia varía entre el 15 y el 45%^{2,3}. En Estados Unidos es la causa más frecuente de limitación física en menores de 45 años, la segunda causa de consulta médica, el quinto motivo de hospitalización y la tercera razón de cirugía⁴.

En Colombia la lumbalgia es la tercera causa de consulta en los servicios de urgencia, la cuarta causa de consulta en medicina general, la primera causa de reubicación laboral y la segunda causa de pensiones por invalidez⁵. El 80% de la población general padece lumbalgia inespecífica en algún momento de su vida⁶. En el Hospital San José de Maicao fue la novena causa de egresos de urgencias en 2005⁷.

Las repercusiones económicas de la discapacidad por la lumbalgia inespecífica son enormes. Según la Sociedad Española del Dolor (SED), la baja laboral anual por lumbalgia en ese país fue de 21.9 días, entre 1993 y 1997. Cada año genera en un país europeo un costo entre el 1.7 y 2.1% del PIB⁸, además de ser una epidemia en alza, pues entre 1971 y 1986 en Estados Unidos el número de incapacitados por lumbalgia inespecífica aumentó en 168%.

Se ha hecho una adaptación de la versión española de la guía del programa europeo sobre manejo de la lumbalgia inespecífica. Agradecemos los aportes del Dr. Enrique Brito, siquiatra del Hospital San José de Maicao.



GUIA PRACTICA CLINICA LUMBALGIA INESPECIFICA

CIE-GU-034

PAGINA:
3

VERSION No: 01

OBJETIVO

Definir el diagnóstico y manejo de la lumbalgia inespecífica aguda y crónica en el Hospital San José de Maicao, a la luz de la mejor evidencia clínica disponible, teniendo en cuenta aspectos de efectividad, eficacia, seguridad y costo/beneficio. La Guía está destinada a los profesionales de la salud que atienden pacientes con lumbalgia inespecífica en esta institución y en ese sentido, es la norma a seguir en dicha patología.

ASPECTOS DE LA LUMBALGIA INESPECIFICA

DEFINICION

Consiste en el dolor localizado en la espalda entre el último arco costal y el límite inferior de las nalgas, cuya intensidad varía en función de las posturas y actividad física, causa limitación dolorosa de la actividad física y puede o no irradiarse a los miembros inferiores, región inguinal o abdomen.

La lumbalgia inespecífica excluye el dolor por causas reconocidas y con clínica más estudios complementarios congruentes, como agentes traumáticos directos o indirectos y las consecuencias de éstos (esguinces, fracturas), enfermedades sistémicas (reumatismo, tumores) o compresión radicular. En estos casos se trata de lumbalgias específicas.

FISIOPATOLOGIA

Los hallazgos en estudios de imágenes son controversiales para explicar la etiopatogenia de la lumbalgia inespecífica, pues discos intervertebrales deshidratados, protuidos o extruidos, osteofitos, estrechamientos de espacios intervertebrales, alteraciones facetarias, hipertrofia del ligamento amarillo, espondilolisis o espondilolistesis, escoliosis, actitudes posturales, espina bífida y otros, se encuentran en la población general sana para lumbalgia inespecífica⁹.

Aun la propia lesión del disco parece no bastar para explicar la lumbalgia, ya que luego de realizar una discectomía la tracción de las raíces sin relación con el disco lesionado no causa radiculalgia, pero si se traccionan las raíces del disco lesionado hay dolor. Parece que una reacción inflamatoria autoinmune es la responsable de este fenómeno, ya que normalmente el disco intervertebral es avascular¹⁰.

CLASIFICACION

La lumbalgia inespecífica según la duración de la crisis de dolor se clasifica en aguda y crónica, aunque en realidad se trata a veces de un continuo en que se solapan crisis agudas sobre etapas de cronificación de la lumbalgia.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por su sigla en inglés) y en especial, a partir de la clasificación del dolor de Moskey (1994)¹¹, la lumbalgia aguda es la que mejora o desaparece antes de las 12



GUIA PRACTICA CLINICA LUMBALGIA INESPECIFICA

CIE-GU-034

PAGINA:
4

VERSION No: 01

semanas. A partir de ese momento empieza la cronificación del dolor y cambia el pronóstico y el tratamiento. Se habla de una etapa subaguda, que está alrededor de la sexta semana de evolución. Se considera como crónico un episodio de dolor con una duración mayor de 3 meses.

INCAPACIDAD

La lumbalgia inespecífica aguda es benigna y mejora en pocos días con antiinflamatorios y analgésicos más ejercicios y aun espontáneamente en el 90% de los casos. El resto evoluciona hacia la cronificación con un alto índice de incapacidad. El reposo que se indique será por dolor agudo y no más de 2 ó 3 días.

Ningún factor pronóstico de carácter clínico permite predecir certeramente la duración de los episodios de dolor, aunque una historia de lumbalgia y la mayor duración de los episodios previos predicen una recurrencia de nuevas crisis de dolor y mayor incapacidad laboral.

El paciente deberá regresar a su trabajo tan pronto esté aliviado. Con una incapacidad laboral <6 meses, la probabilidad de regresar al trabajo es del 50%. Para incapacidades de 1 año la probabilidad es del 20% y a los 2 años es prácticamente nula^{2,5}. Las evaluaciones médicas prolijas y repetidas tienen el riesgo de adaptar al paciente al papel de enfermo.



DIAGNOSTICO

Difícil el diagnóstico etiológico en la lumbalgia inespecífica, pues aun el 90% de las lumbalgias con compensación económica carecen del mismo. Se intentará descubrir si hay simulación.

El médico que se enfrenta a un enfermo con lumbalgia deberá clasificarlo en uno de los grupos siguientes:

- ✓ Enfermedad sistémica
- ✓ Compresión radicular
- ✓ Lumbalgia crónica

Una historia clínica con señales de alerta como dolor de debut en personas <20 años ó >50 años, signos de sepsis, fiebre, cáncer, dolor generalizado, traumatismos recientes o antiguos, poliartalgias, etc, sugiere que se debe clasificar al enfermo en el primer grupo. La presencia de radiculalgia con parestesias o disestesias, anestesia en silla de montar, trastornos súbitos de esfínteres o de la función sexual, déficit de reflejos osteotendinosos o hallazgo de reflejos patológicos, parestesias, habla de una compresión radicular y correspondería al segundo grupo. En los anteriores casos se trata de lumbalgias específicas. Ante la ausencia de señales de alerta se debe asumir que el enfermo padece una lumbalgia inespecífica.

Indagar por los antecedentes así:

- ✓ Personales: TBC, tumores, fibromialgia, reumatismo, cirugías de columna lumbar, osteoporosis, patologías renales (litiasis).
- ✓ Familiares: Reumatismo.

El examen físico será exigente en cuanto a:

- ✓ Revisar el estado nutricional, signos inflamatorios articulares, deformidades.
- ✓ Inspeccionar la marcha y la espalda descubierta con el enfermo de pie y descalzo.
- ✓ Buscar puntos gatillo vertebrales o sacroilíacos.
- ✓ Realizar las maniobras de Ericksen, contra- Ericksen y Patrick. Movilización vertebral.
- ✓ Explorar exhaustivamente aspectos neurológicos. Desplome sobre talones.
- ✓ Determinar si el dolor tiene distribución dermatómica o presencia de los signos de Lasègue y Bragard.

Pruebas complementarias así:



GUIA PRACTICA CLINICA LUMBALGIA INESPECIFICA

CIE-GU-034

PAGINA:
6

VERSION No: 01

- ✓ En ausencia de señales de alerta no habrá estudios de imagen o de química sanguínea.
- ✓ Ante la sospecha de enfermedad sistémica o neurológica se indicarán pruebas de imagen o de química sanguínea (reumáticas, hemoleucograma, sicklemia, entre otras)

La radiología convencional, tomografías, resonancia magnética o gammagrafía solo se indicarán en casos de existir señales de alerta (en especial cuando hay manifestaciones de compresión radicular) y nunca para “*ver qué se encuentra*”. No hay estudio de laboratorio que reemplace el diálogo con el paciente, así como ninguno de ellos ha mejorado *per se* a ningún enfermo. La electromiografía no está indicada en el diagnóstico de la lumbalgia inespecífica porque ofrece resultados contradictorios.

TRATAMIENTO

Los tratamientos se consideran desde tres puntos de vista:

- ✓ Tratamientos recomendados
- ✓ Tratamientos probablemente beneficiosos
- ✓ Tratamientos que no pueden ser recomendados

TRATAMIENTOS RECOMENDADOS

1. Información al paciente. El médico se mostrará comprensivo del dolor y las preocupaciones del enfermo. La información suministrada por el médico tenderá a:

- ✓ Despejar dudas a cerca de que la lumbalgia inespecífica se debe a una enfermedad subyacente o de naturaleza maligna.
- ✓ Desechar la realización de pruebas innecesarias e inadecuadas.
- ✓ Alentar al enfermo sobre la posibilidad de mejorar, en especial si la lumbalgia es aguda o subaguda, que tiende a desaparecer.
- ✓ Estimular la actividad física del enfermo en la medida que el dolor lo permita.
- ✓ Suministrar literatura referente a la lumbalgia inespecífica que le ayuden a comprender su enfermedad (www.espalda.org).

2. Evitar el reposo en cama. Por ningún motivo está indicado el reposo en cama como tratamiento, si acaso será consecuencia del dolor. Aconsejar al paciente mantenerse en movimiento, mejor si es en su lugar de trabajo.

El reposo en cama aumenta la intensidad y duración del dolor, el grado de incapacidad funcional, la ausencia laboral y el riesgo de cronificación de la enfermedad. Disminuye la masa ósea y causa atrofas musculares.



GUIA PRACTICA CLINICA LUMBALGIA INESPECIFICA

CIE-GU-034

PAGINA:
7

VERSION No: 01

3. Medicamentos. El manejo del dolor se hace como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su escalera de 4 peldaños (1990)¹². Están indicados los siguientes medicamentos con diversos niveles de evidencia:

- ✓ Analgésicos no antiagregantes plaquetarios. Acetoaminofen, solo o asociado con opiáceos menores (Codeína u Oxiconona, para mejorar el techo analgésico).
- ✓ Analgésicos/antiinflamatorios, sistémicos u orales. Ibuprofeno o Diclofenaco. Tramadol.
- ✓ Opiáceos mayores (Morfina, Meperidina o Fentanilo).
- ✓ Relajantes musculares. Actúan como analgésicos y no como relajantes musculares². Usar benzodiazepinas (Diazepam o Alprazolam) o miorelajantes no benzodiazepínicos (Metocarbamol).
- ✓ Coadyuvantes.

Antidepresivos. Usados en dolores neuropáticos y depresión subyacente, con un nivel de evidencia de probablemente benéficos^{13,14}. Inhibidores de la recaptación de noradrenalina (Amitriptilina) o Inhibidores de la recaptación de serotonina (Sertralina o Fluoxetina) discutidos.

Sedantes. Alternativa a los opiáceos y las benzodiazepinas para sedación suave. (Hidroxicina).

Neurolepticos. Usados en pacientes con tolerancia a los opiáceos (Clorpromacina, Levopromacina, Haloperidol).

Anticomiciales. Indicados en dolores neuropáticos con descargas paroxísticas (Carbamacepina, Clonacepam, Fenitoína).

Corticoides. Se emplean en ciclos cortos. Aumentan el apetito, la fuerza y la sensación de bienestar.

4. Terapias neurorreflejas. Indicadas en pacientes con lumbalgia persistente (con una intensidad de 3 puntos en una EAV) y tras 14 ó más días de tratamiento farmacológico sin mejoría.

5. Ejercicio. Prescriba ejercicios durante la fase de remisión del dolor para mantener el beneficio clínico obtenido por otros medios. El efecto benéfico se logra en 2 a 4 semanas. El enfermo debe escoger qué tipo de ejercicio le sienta mejor según su estilo de vida, ya que no parece haber ventaja con alguna modalidad de ejercicio en particular.

6. Escuela de espalda. Promueva la actividad física en grupos, bajo supervisión médica y la asesoría de un entrenador y psicólogo. Facilita la reasunción del trabajo.



GUIA PRACTICA CLINICA LUMBALGIA INESPECIFICA

CIE-GU-034

PAGINA:
8

VERSION No: 01

7. Tratamiento psicológico cognitivo-conductual. Indicado en pacientes con lumbalgia intensa y crónica, especialmente si presentan algún signo psicosocial de mal pronóstico. El tratamiento cognitivo conductual es recomendado como probablemente benéfico para mejorar el dolor, el estado funcional y el retorno al trabajo¹⁵. Los distintos tipos de tratamientos cognitivo-conductuales obtienen resultados similares.

8. Programa multidisciplinario de rehabilitación. Indicados en los enfermos en quienes han fracasados los tratamientos monodisciplinarios y están gravemente afectados en su salud física, capacidad laboral y calidad de vida.

9. Neuroestimulación eléctrica percutánea (PENS). Valore la posibilidad de realizar PENS en una Unidad del Dolor por personal específicamente entrenado, como última opción de tratamiento para pacientes con lumbalgia muy intensa y en quienes han fracasado todos los tratamientos conservadores. Los resultados son contradictorios cuando se le compara con la aplicación de TENS. Su uso entraña riesgos de desmayos por dolor, sangrado, infección y neumotórax.

10. Cirugía. No se aconseja realizar cirugía a los pacientes con lumbalgia inespecífica, salvo que se plantee como beneficiosa una artrodesis vertebral no instrumentada. Sin embargo, los tratamientos cognitivos-conductuales más ejercicios obtienen los mismos resultados con menos riesgos.

TRATAMIENTOS PROBABLEMENTE BENEFICIOSOS

Incluye tratamientos que se indican pero no han sido evaluados adecuadamente con ensayos clínicos controlados.

- ✓ Termoterapia (calor local)
- ✓ Corriente interferencial, onda corta y electroestimulación medular
- ✓ Infiltraciones sacroilíacas o en puntos gatillo
- ✓ TENS, laserterapia, ultrasonido
- ✓ Acupuntura, masajes

TRATAMIENTOS QUE NO PUEDEN SER RECOMENDADOS

- ✓ Infiltraciones de toxina botulínica
- ✓ Infiltraciones epidurales, intradiscales o facetarias
- ✓ Infiltraciones esclerosantes (Proloterapia)
- ✓ Fajas y corsés lumbares
- ✓ Manipulaciones vertebrales
- ✓ Tracciones lumbares
- ✓ Ozonoterapia

SIGNOS PSICOSOCIALES DE MAL PRONOSTICO



GUIA PRACTICA CLINICA LUMBALGIA INESPECIFICA

CIE-GU-034

PAGINA:
9

VERSION No: 01

En el paciente que no mejora pese a los tratamientos recomendados se debe evaluar si existen signos psicosociales de mal pronóstico funcional como:

- ✓ Creencias erróneas a acerca de la enfermedad
- ✓ Conductas de miedo
- ✓ Factores laborales de insatisfacción
- ✓ Problemas emocionales
- ✓ Reevaluar a los pacientes que no responden después de 2-4 semanas de tratamiento y buscar señales de alerta o factores psicosociales de mal pronóstico que se hubiesen pasado por alto.

EL PACIENTE CON LUMBALGIA INESPECIFICA EN URGENCIA

Ordenes médicas así:

1. Catéter heparinizado. Evitar mezclas de medicamentos en una misma solución.
2. Tramadol, 1 ó 2 mg/kg/dosis, EV, c/8 h, o Diclofenaco, 75 mg/dosis, EV, c/8 h (Excepcionalmente IM, por el riesgo de mionecrosis en el sitio de aplicación)
3. Dexametasona fosfato, 2 a 20 mg iniciales, EV. Seguir con 8 mg c/6 h.
4. Diazepam, 2 a 10 mg, EV directo, c/4, 6 ó 12 h, según la severidad del dolor. Cada 5 mg de Diazepam se pasan durante 1 minuto. Jamás mezclar con otros medicamentos.
5. Hidroxicina, 50 a 100 mg, IM (jamás EV), c/8 ó 12 h.
6. Solicitar valoración por ortopedia y/o neurocirugía si después de 12 horas de tratamiento el paciente no ha mejorado.

RECOMENDACIONES

1. Explicar al paciente el buen pronóstico de la lumbalgia aguda o subaguda y hacer énfasis en los riesgos de la cronificación de la enfermedad.
2. Informar al paciente que NO se le realizarán estudios de imágenes o pruebas de laboratorio que no sean necesarias, dándole las razones pertinentes.
3. Desencamar al paciente tan pronto esté aliviado, puesto que la lumbalgia puede tardar días en desaparecer por completo o mantenerse larvada.

RECETA AMBULATORIA

Los analgésicos antiinflamatorios se indicarán solos o asociados con un opiáceo, una benzodiacepina o un sedante suave, según la severidad de la lumbalgia.



GUIA PRACTICA CLINICA LUMBALGIA INESPECIFICA

CIE-GU-034

PAGINA:
10

VERSION No: 01

1. Diclofenaco, Tab x 50 mg, c/8 ó Ibuprofeno, Tab x 400 mg, c/8 h, por 2 a 4 semanas.
2. Oxycodona, coadyuvante de los analgésicos por periodos cortos. Tab x 10, 20 ó 40 mg. Dosis de inicio: 10 a 20 mg, c/12 h. Dosis de mantenimiento: hasta 40 mg c/12 h.
3. Alprazolam, Tab x 0.25 ó 0.50 mg, 2 ó 3 veces al día, por 1 a 2 semanas (advertir por escrito que causa sueño).
4. Hidroxicina, Tab x 25 mg, c/12 h ó 50 mg c/noche, por 2 a 4 semanas (advertir por escrito que causa sueño).
5. Acetoaminofen, analgésico alternativo en el embarazo. Tab x 500 mg, 1 ó 2, c/4 a 6 h, sin pasar de 8 tab/día.

Cita a consulta externa de ortopedia según la severidad de la lumbalgia.

EL PACIENTE CON LUMBALGIA INESPECIFICA EN LA CONSULTA EXTERNA

1. Realizar un interrogatorio en búsqueda de signos sicosociales de mal pronóstico y un examen físico exhaustivo de los aparatos locomotor y neurológico para hallar signos de alerta.
2. Reafirmar al paciente que solo en unos pocos casos de lumbalgia inespecífica es posible llegar a un diagnóstico etiológico, lo que no impide el tratamiento de la enfermedad.
3. Insistir en el buen pronóstico de la lumbalgia, en especial cuando es aguda o subaguda..
4. Desalentar las peticiones de estudios de imágenes, en especial de alta resolución. Podrá ordenarse una Rx simple de columna lumbosacra con preparación abdominal para descartar anormalidades groseras de la columna vertebral.
5. Reformular los medicamentos indicados al salir de la urgencia si el paciente presenta mejoría o agregar al tratamiento otros medicamentos coadyuvantes:

Acetato de betametasona (3 mg) + fosfato de betametasona (3 mg) x ampolla, IM o en infiltración de puntos gatillo vertebrales o sacroilíacos por ortopedista.

Amitriptilina, como potenciador de la analgesia y/o para tratar una depresión subyacente. Tab x 25 mg, c/8 ó 12 h ó 50 mg en la noche.

Carbamacepina, para tratar el dolor neuropático que se acompaña de descargas paroxísticas. Tab x 200 mg. 1ª. semana: 100 mg c/12 h; 2ª. semana: 200 mg c/12 h y a partir de la 3ª. semana 200 mg c/8 h.

RECOMENDACIONES



GUIA PRACTICA CLINICA LUMBALGIA INESPECIFICA

CIE-GU-034

PAGINA:
11

VERSION No: 01

1. Incentivar la práctica de ejercicios aeróbicos o caminatas a tolerancia y por periodos no superiores a 20 ó 30 minutos, 3 veces por semana, para empezar.
2. Estimular la vinculación del paciente a círculos culturales, deportivos, profesionales, religiosos, etc., de modo el enfermo centre su atención en otros intereses.
3. Restringir la incapacidad laboral al mínimo necesario para que el paciente supere el dolor agudo. El paciente debe continuar la rehabilitación en su sitio de trabajo.
4. Prescribir sesiones de fisioterapia con énfasis en termoterapia, TENS y masajes sedativos.
5. Dar citas para consultas cada vez más espaciadas de modo que el paciente “no aprenda a ser enfermo”.
6. Considerar la remisión al psiquiatra en los casos refractarios a todas las medidas descritas y que pudieran beneficiarse de terapias cognitivo-conductuales. La formulación de Sartralina y Fluoxetina para el manejo de la lumbalgia corresponde a psiquiatría



GUIA PRACTICA CLINICA LUMBALGIA INESPECIFICA

CIE-GU-034

PAGINA:
12

VERSION No: 01

CONCLUSION

Los estudios demuestran que el médico debe basar sus decisiones en la mejor evidencia clínica sin sacrificar la calidad en el cuidado del paciente, por lo que debe conocer las guías de manejo como parte de la responsabilidad individual para con los pacientes, la sociedad, las instituciones de salud, los seguros y los administradores, tal como lo dice el Dr. Alan E. Freeland, editor de la revista *Orthopedics*¹⁶.



GUIA PRACTICA CLINICA LUMBALGIA INESPECIFICA

CIE-GU-034

PAGINA:
13

VERSION No: 01

BIBLIOGRAFIA

1. Fraile J.R., de Miguel, A. y Yuste A., El dolor agudo en El Quijote, Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Gregorio Marañón, Madrid. Revista Española de Anestesiología y Reanimación, 2003, 50: 346-355
2. Abordaje multidisciplinar del dolor de espalda, Editorial, Revista de la Sociedad Española del Dolor, v.11 n.3, La Coruña, 2004
3. M.Antonia Brancós Cunill, Tratamiento del dolor lumbar crónico, Servicio de Reumatología, Hospital Clinic i Provincial, Barcelona, 1993; 101: 579-580
4. Muñoz Gómez, J., Epidemiología del dolor lumbar, Revista de Reumatología de Salamanca, 23-27, 2003
5. Londoño G, Ricardo, Guía de Práctica Clínica para el Dolor Lumbar Agudo, Capítulo de columna Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SCOTT), Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología, vol.15, número 3, 2001
- 6 Málaga, O. Bonilla Madiedo, I. Lumbalgia, Manual para residentes, Capítulo 88, Sociedad Española de Medicina de Urgencia y Emergencias, 619-622.
www.semes.org
7. Informe de Subgerencia Científica Hospital San José de Maicao sobre egresos del 2005, Maicao
8. Grupo Español de Trabajo del Programa Europeo COST B13. Guía de Práctica Clínica para la Lumbalgia Inespecífica. URL: www.REIDE.org. 2005



**GUIA
PRACTICA CLINICA LUMBALGIA
INESPECIFICA**

CIE-GU-034

PAGINA:
14

VERSION No: 01

9. Ma.T. Torras Bernáldez, C.Canovas Garrido y col, Estudio sobre algunas características del dolor de espalda crónico en mujeres de 15-55 años, Centro Asistencial Sagrada Familia de Manresa, 234-236, Barcelona, 2001

10. Gómez Naranjo, Julio, Hospital Docente Enrique Cabrera ISCM, Papel del disco intervertebral en la etiología de la lumbalgia, Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología, vol. 11, n.1-2, La Habana, 1997

11. Merskey, H. Bogduk, N. Descripción de los síndromes de dolor crónico y definiciones de los términos de dolor. In clasificación de dolor crónico. 2nd edición, IASP press, Seattle WA, 1994

12. Carrero García, C. de Andrés Ares, J. Enfoque práctico del dolor en urgencias, Manual para residentes, Capítulo 107 Sociedad Española de Medicina de Urgencia y Emergencias, 725-734 www.semes.org

13. Koes, B. van Tulder, M. Musculoskeletal disorders Low back pain, Clinical evidence, BMJ, 2006

14. Trip Database. The effect of antidepressant treatment on chronic back pain: a meta-analysis. 2002

15. Trip Database. Behavior treatment for chronic low back pain. A systematic review within the framework of the Cochrane back review group. 2002

16. Steim Haim, MD, DPhil (Oxon); Braun Yacob, MD; Volpin Gershon, MD, Low Back Pain, Orthopedics 2006; 29:229

Comentarios sobre la Guía de Práctica Clínica en Lumbalgia Inespecífica al e-mail: munerag@gmail.com