

#### IV. Desarrollo de las Preguntas y Recomendaciones Basadas en la Evidencia

##### a. Factores de riesgo y Prevención

Para los efectos de esta Guía no se consideraron preguntas de factores de riesgo y prevención.

##### b. Diagnóstico

- **Conceptos generales/específicos**

La lumbalgia es una patología importante dada su alta prevalencia y el impacto que tiene en la salud de los pacientes y en la repercusión socioeconómica por la pérdida de horas-hombre.

- **Presentación de la pregunta y resumen de la evidencia identificada**

##### **Pregunta 1: ¿Cuál es el diagnóstico y la clasificación de lumbalgia?**

##### **Recomendaciones:**

Se define lumbalgia como dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior glúteo, con o sin irradiación a una o ambas extremidades inferiores, sin que ésta deba ser considerada de origen radicular. **(Recomendación condicional a favor)**

Según el tiempo de duración del dolor, la lumbalgia se clasifica en:

- Aguda: dolor de menos de 6 semanas.
- Subaguda: dolor de 6-12 semanas.
- Crónica: más de 12 semanas con dolor.
- Recurrente: lumbalgia aguda en paciente que ha tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con períodos libres de síntomas de tres meses.

##### **Evidencia encontrada**

Esta pregunta está respondida en las GPC NICE, ICSI, alemana y del País Vasco. Adicionalmente, se procedió a actualizar la información mediante una revisión sistemática en Pubmed, Embase, y la biblioteca Cochrane. La selección de estudios, extracción de información y evaluación de riesgo de sesgo fue realizada independientemente por dos investigadores. Se encontraron 732 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 96 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente, se escogieron 10 estudios con información potencial (1 estudio descriptivo y 9 revisiones narrativas). Ninguno contó con información que responda la pregunta de investigación.

La gran mayoría de las lumbalgias son inespecíficas, es decir, que hay dolor en ausencia de alguna condición específica subyacente y su etiología no puede definirse hasta en un 85% de los casos. Por mucho tiempo se pensó que los factores mecánicos podían tener un rol causal en la lumbalgia; sin embargo, una serie de revisiones sistemáticas no logró demostrar esta relación

(38, 39) y se cree que se deben a factores musculoesqueléticos, como esguince o distensión muscular.

Menos del 1% de las causas de lumbalgia corresponden a patologías serias para las cuales deben identificarse signos de alarma (red flags) que se describen en la siguiente sección. (39)

Otras patologías específicas, pero de menor severidad que se presentan entre 5 a 27% de las lumbalgias, corresponden a etiología mecánica como enfermedad degenerativa (osteoartritis), fracturas vertebrales, estenosis espinales y hernias discales. (39-41)

**Tabla N° 10: Clasificación de la lumbalgia por síntomas y signos**

Lumbalgia inespecífica	Lumbalgia Mecánica/Radicular			Lumbalgia específica con Signos de alarma
	Hernia discal	Osteoartritis	Estenosis espinal	
Esguince/Distensión				
Se irradia a las nalgas	Dolor se irradia debajo de la rodilla			Edad > 50 años
Dolor difuso	Unilateral	Unilateral	Bilateral	Neoplasia (antecedentes de neoplasia, inmunodepresión, toma de corticoides, síndrome consuntivo sin mejoría con tratamientos habituales)
No cambia con maniobras específicas	Mejora al pararse	Empeora al pararse	Empeora al pararse	Fractura (traumatismo previo, osteoporosis)
	Empeora al sentarse	Mejora al sentarse	Mejora al sentarse	Infección/inflamación (dolor en reposo, fiebre)
	Mejora al reposo o al doblar rodilla que reduce tensión en nervio ciático			Cauda equina (anestesia en silla de montar, disfunción vesical reciente, incontinencia fecal reciente)

*Adaptado de Manusov, Hamilton, Borenstein (39-41)*

***Balance entre consecuencias deseables y no deseables***

La definición de lumbalgia y su clasificación de acuerdo al tiempo es deseable para iniciar la cadena de evaluación diagnóstica. No se identifican consecuencias no deseables, y por lo tanto, el balance es positivo.

***Valores y preferencias***

Los pacientes prefieren que se confirme el diagnóstico de lumbalgia y su clasificación lo más pronto posible. Este es el paso previo a la evaluación de factores de riesgo de enfermedades que requieran manejo inmediato.

### ***Uso de recursos***

La anamnesis y la exploración física conllevan el costo usual de la exploración de un paciente con dolor, por lo que no impacta negativamente en el presupuesto de los pacientes o institución de salud.

### ***Aceptabilidad y viabilidad***

El uso de anamnesis y exploración física es aceptable para los pacientes que presenten sospecha de lumbalgia. Las recomendaciones son viables, ya que la presencia de médicos competentes para la evaluación inicial está garantizada por el sistema de salud peruano.

## **Pregunta 2: ¿Cuáles son los criterios (signos de alarma) para derivar a atención especializada al paciente adulto con Lumbalgia?**

### **Recomendaciones:**

Los signos de alarma en la lumbalgia son: edad mayor a 50 años, antecedentes de neoplasia, síndrome constitucional sin mejoría con tratamientos habituales, dolor en reposo, fiebre, inmunodepresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de corticoides y síndrome de cauda equina. **(Recomendación condicional a favor)**

### ***Evidencia encontrada***

Esta pregunta está respondida en las GPC NICE, ICSI, alemana y del País Vasco. Adicionalmente se procedió a actualizar la información mediante una revisión sistemática en Pubmed, Embase, y la biblioteca Cochrane. La selección de estudios, extracción de información y evaluación de riesgo de sesgo fue realizada independientemente por dos investigadores. Se encontraron 77 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 14 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente, se escogieron 10 estudios con información potencial (3 revisiones sistemáticas, 3 revisiones narrativas, una cohorte, una serie de casos, un estudio transversal y una editorial). Sólo se hace referencia a aquellos estudios con información que responda la pregunta de investigación.

Los signos de alarma son útiles para descartar los procesos de mayor gravedad. La historia clínica es imprescindible para descartar estos procesos y definir un probable diagnóstico diferencial específico. La Guía NICE considera cuatro causas específicas para detectar signos de alarma: malignidad, infección, fracturas y desórdenes inflamatorios. Para las fracturas vertebrales, tanto la Guía del País Vasco como la Guía alemana consideran el uso de corticoides, osteoporosis y trauma como signos de alarma. En el descarte de cáncer, las Guías del País Vasco, alemana e ICSI incluyen la edad mayor a 50 años y el síndrome consuntivo. Para infecciones espinales, las mismas tres Guías consideran fiebre y la Guía alemana, además, inmunodepresión. Finalmente, las tres Guías reconocen la muy baja prevalencia de síndrome de cauda equina pero dado que se trata de una emergencia de tratamiento quirúrgico, se incluye en los signos de alarma. Sólo la Guía del País Vasco discute la presencia de las enfermedades inflamatorias y coloca como signo de alarma la presentación de dolor en reposo. Sin embargo, reconoce que la sensibilidad es de sólo 65% y la especificidad de 79%, por lo que no resulta de mucha ayuda.

Cuatro estudios con información relevante para la pregunta fueron seleccionados en la búsqueda de actualización: 3 revisiones sistemáticas de calidad moderada (42-44) y una cohorte retrospectiva de calidad baja (45). Henschke et al. en 2008 (42) en una revisión sistemática de precisión diagnóstica de fractura vertebral, encontraron que la edad mayor a 50 años tuvo un likelihood ratio positivo (LR+) =2.2 (IC 95% 1.4-2.8) y LR negativo (LR-) =0.34 (0.12-0.75); el sexo femenino, un LR+=2.3 (1.1-1.4), LR-=0.67 (0.37-0.97); Trauma mayor: LR+=12.8 (8.3-18.7), LR-=0.37 (0.20-0.57); Dolor al examen: LR+=6.7 (4.4-10.2), LR-=0.44 (0.32-0.58) y una lesión dolorosa distractora: LR+=1.7 (1.3-2.0), LR-=0.78 (0.67-0.88) (Anexo 9). En otra revisión sistemática, Cochrane de Henschke et al. 2013 (43), de mayor calidad metodológica, se encontró un número limitado de estudios y gran heterogeneidad clínica que no permitió la estimación conjunta de la precisión diagnóstica para diagnosticar cáncer de medula espinal. En este estudio, tener una edad >50 años tuvo una especificidad de 0.66 a 0.74, sensibilidad de 0.50 a 0.77, y un LR+ de 1.92 a 2.65; la pérdida de peso inexplicada tuvo una probabilidad post test de 1.2%; la historia previa de cáncer una probabilidad post-test de 4.6%; síntomas neurológicos, la sensibilidad fue 0 mientras que la especificidad fue de 0.91 a 0.97.

En 2013, Williams et al. (44) concluyeron que para la atención primaria la presencia de un trauma importante tiene un LR+ =3.42 a 12.85, la edad mayor de 74 años, un LR+ =3.69 a 9.39 y el uso de corticoesteroides: LR+=3.97 a 48.5 para detectar fractura vertebral; sin embargo, la precisión es un problema importante en esta revisión sistemática. Finalmente, el estudio de cohorte de Raison et al. en 2014 (45) encontró que la disfunción vesical o intestinal tuvo un LR+=2.45, pero con sensibilidad=0.65 y especificidad=0.73 para detectar compresión espinal y cauda equina.

#### ***Balance entre consecuencias deseables y no deseables***

Conocer la información acerca de signos de alarma es deseable para descartar causas específicas de lumbalgia. La anamnesis y el examen físico no están asociados con consecuencias negativas para los pacientes con lumbalgia aguda.

#### ***Valores y preferencias***

Los pacientes prefieren una derivación temprana de ser necesaria. El hecho de presentar uno o más signos de alarma permite una intervención dirigida y temprana en busca de causas específicas de lumbalgia.

#### ***Uso de recursos***

La anamnesis y la exploración física conllevan el costo usual de la exploración de un paciente con lumbalgia, por lo que no impacta negativamente en el presupuesto de los pacientes o de la institución de salud.

#### ***Aceptabilidad y viabilidad***

El uso de anamnesis y exploración física es aceptable para los pacientes que presenten sospecha de lumbalgia. Descartar la presencia de signos de alarma es viable pues forma parte de la evaluación clínica inicial de los pacientes con lumbalgia.

**Pregunta 3. ¿Cuáles son los estudios de laboratorio e imagen que deben solicitarse ante un paciente adulto con lumbalgia aguda y subaguda?**

**Recomendación:**

No se sugiere la realización de pruebas de laboratorio o imagen (radiografía, tomografía, resonancia) en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo sin signos de alarma. **(Recomendación condicional en contra)**

**Evidencia encontrada**

Esta pregunta está contestada en las GPC NICE, ICSI, alemana y del País Vasco. Se procedió por lo tanto a realizar la actualización en Pubmed, EMBASE, y la biblioteca Cochrane. La selección de estudios, extracción de información y evaluación de riesgo de sesgo fue realizada independientemente por dos investigadores. Se encontraron 1480 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 92 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente se escogieron 20 estudios con información potencial (2 revisiones sistemáticas, 13 revisiones narrativas, 3 estudios de cohorte, uno de prueba diagnóstica y un descriptivo). Sólo hacemos referencia a aquellos estudios con información que responda la pregunta de investigación.

Sólo las Guías mexicana, alemana e ICSI mencionan que se debe hacer exámenes de laboratorio cuando hay signos de alarma.

En lo referente a las imágenes, en la Guía NICE se encontraron cuatro ECA, dos investigaron Rayos X vs no Rayos X, ambos de buena calidad con riesgo de sesgo bajo, que no encontraron diferencias para los outcomes dolor y discapacidad, uno RMN (Resonancia Magnética Nuclear) vs RMN tardía, que encontró diferencia a favor de la RMN, y uno Rayos X vs RMN, que no encontró diferencia para discapacidad a los 12 meses de seguimiento. Los cuatro estudios fueron de alta calidad con muy bajo riesgo de sesgo. La Guía del País Vasco menciona dos estudios para Rayos X en los que no se logra establecer relación entre los hallazgos y la presencia de síntomas y la RMI tiene alta sensibilidad y especificidad para cáncer, infección, estenosis espinal o espondilitis cuando hay signos de alarma. Las Guías de Alemania e ICSI mencionan que no se recomienda realizar estudios de imágenes si no hay signos de alarma.

Van Rijn et al. en 2012 (46) en una revisión sistemática, encontraron que la TAC (tomografía axial computarizada) tenía un LR + 2.94 (IC 95% 2.12–4.09) y un LR - 0.31 (IC 95% 0.22–0.43) para identificar hernia del disco lumbar utilizando como prueba de oro los hallazgos quirúrgicos de prolapso discal y hernia de núcleo pulposo. Wassenaar et al., en otra revisión sistemática de 2012 (47), encontraron que la RMN tenía un LR+ 3.30 (IC 95% 1.76–6.21) y un LR- 0.33 (IC 95% 0.21–0.50) para el diagnóstico de hernia del núcleo pulposo (incluyendo secuestro, extrusión y protrusión), utilizando los hallazgos quirúrgicos como prueba de oro. Ambas revisiones sistemáticas tuvieron valores que no alcanzan significación clínica.

Graves et al. en una cohorte de 2012 (48) encontraron que la RMN temprana (dentro de 6 semanas de inicio de dolor) no estuvo asociada a discapacidad para el trabajo a un año en trabajadores con radioculopatía [RR 1.31 (IC 95% 0.84-2.05)] y estuvo asociada a discapacidad para el trabajo a un año en trabajadores con esguinces leves o mayores [RR 2.03 (IC 95% 1.33-3.11)]. Hilal et al. en 2012 (49) encontraron 100% de precisión diagnóstica de compresión de raíz nerviosa para un protocolo de tamizaje limitado de imágenes de RNM (secuencias axial T2 y sagital T2) comparadas con la RMN de columna lumbar de rutina: secuencias sagitales T1 y T2, T2 axial, T2 con grasa saturada y secuencia de mielografía) en personas con lumbalgia de cualquier duración o severidad, ambos estudios tuvieron calidad moderada.

El conjunto de la evidencia adicional no es concluyente para recomendar el uso de RMN.

#### ***Balance entre consecuencias deseables y no deseables***

La realización de pruebas de imágenes tales como la radiografía o tomografía están asociadas con un riesgo mínimo o pequeño de radiación, respectivamente. La resonancia no tiene riesgo de radiación. Las pruebas de laboratorio tienen riesgos pequeños asociados con dolor o sangrado local. Debido a que no tienen lugar en la evaluación y tratamiento de lumbalgia, el balance es negativo para las pruebas auxiliares.

#### ***Valores y preferencias***

Los pacientes prefieren que se descarten tempranamente otras condiciones clínicas. Debido a las escasas molestias de las pruebas de imágenes, los pacientes prefieren las pruebas de imágenes y laboratorio adicionalmente a la anamnesis y la exploración clínica.

#### ***Uso de recursos***

La RMN tiene un alto costo que contrasta con el mínimo o nulo beneficio para el diagnóstico de lumbalgia. El uso de radiografía, tomografía y pruebas de laboratorio tienen un costo menor, pero sin beneficio para el paciente.

#### ***Aceptabilidad y viabilidad***

La recomendación en contra de hacer pruebas radiológicas y de laboratorio para la evaluación inicial de lumbalgia es aceptable pues no se ha demostrado su utilidad. Es viable mantener la recomendación en contra de la utilización de estas pruebas.