

c. Tratamiento y Rehabilitación

Pregunta 4: ¿Es eficaz el reposo en cama como tratamiento de lumbalgia?

Recomendaciones

No se sugiere reposo en cama en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo.
(Recomendación condicional en contra)

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 285 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 21 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente, se escogieron 14 estudios con información potencial (3 revisiones sistemáticas, 8 revisiones narrativas, 2 comentarios de GPC, una cohorte retrospectiva). Sólo se hace referencia a aquellos estudios con información que responda la pregunta de investigación.

Las Guías evaluadas no recomiendan el reposo en cama en personas con lumbalgia aguda o subaguda. La GPC NICE menciona que el acercamiento general al tratamiento de lumbalgia incluye evitar el reposo en cama. La Guía del País Vasco, en base a tres revisiones sistemáticas, concluye que no se debe recomendar el reposo en cama. Asimismo, la Guía alemana, en base a una Guía europea y dos revisiones sistemáticas, y la Guía ICSI, que utiliza la revisión sistemática de Dahm (50), se pronunciaron en contra del reposo en cama.

Dahm et al. en 2010 (50), en una revisión sistemática Cochrane de pacientes con lumbalgia aguda encontraron una pequeña o ninguna diferencia de intensidad de dolor a corto plazo (2-4 semanas) entre consejo de permanecer en cama vs permanecer activo [SMD 0.02 (IC 95% -0.16 a 0.20)] con heterogeneidad considerable ($I^2=92\%$) y SMD 0.29 (IC 95% 0.09 a 0.49) para discapacidad funcional (Anexo 9). La calidad de la evidencia de los tres estudios que evaluaron dolor fue baja, y de los dos estudios que evaluaron discapacidad funcional fue moderada. Adicionalmente, la revisión sistemática de Dahm et al. evaluó dolor y discapacidad funcional a las 12 semanas en dos estudios, con una pequeña diferencia estadísticamente significativa a favor de permanecer activo; la calidad de la evidencia para ambos desenlaces fue moderada.

Las revisiones sistemáticas de Friedman et al. (51), publicada sólo como abstract y McIntosh et al. (52), no abordaron específicamente el reposo en cama. Finalmente, la cohorte prospectiva de 286 pacientes con lumbalgia aguda de Verbunt et al. (53) encontró que en pacientes con lumbalgia aguda y seguidos por un año el incremento de una unidad de la Escala de Catastrofización de dolor (que mide rumiación, magnificación e indefensión) estuvo asociada con reposo en cama [OR 1.05 (IC 95% 1.02-1.08)].

Balance entre consecuencias deseables y no deseables

El reposo en cama no tiene mayores beneficios como tratamiento de lumbalgia aguda y puede tener efectos no deseables como el mayor puntaje de incapacidad funcional.

Valores y preferencias

El paciente considera que el reposo en cama es beneficioso, pero es necesario explicarle que los resultados de la evidencia disponible van en contra del reposo en cama.

Uso de recursos

El reposo en cama está asociado a un costo debido a la disminución de horas de trabajo para el paciente y de horas-hombre para el empleador.

Aceptabilidad y viabilidad

La no recomendación de reposo en cama es aceptable y viable para los pacientes.

Pregunta 5. ¿Es eficaz el estar activo como tratamiento de lumbalgia?

Recomendaciones

Se sugiere en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo continuar con la actividad física y mantener las actividades de la vida diaria, incluyendo la actividad laboral, tanto como sea posible. **(Recomendación condicional a favor)**

Evidencia encontrada

Esta pregunta está respondida en las Guías 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 472 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 50 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente, se escogieron 10 estudios con información potencial (5 Revisiones sistemáticas, 3 ensayos clínicos aleatorizados, 1 de costo-efectividad y 1 estudio no fue encontrado en texto completo). Sólo se hace referencia a aquellos estudios con información que responda la pregunta de investigación.

La GPC NICE describe varios estudios: un ECA (54) que analizó la efectividad de la prescripción de ejercicio hasta el año de seguimiento (ECA con bajo riesgo de sesgo), una Revisión Sistemática Cochrane (55), que encontró evidencia insuficiente para la efectividad de un programa individualizado de ejercicio, otro ECA (56) encontró eficacia a 3 meses pero no a 12 meses, y otro tampoco encontró evidencia a 5 años (57) para un programa de ejercicio en casa. El ECA de Maul 2005 (58) encontró que agregar ejercicio a la Escuela de la Espalda reducía significativamente el dolor y la discapacidad luego de un año de seguimiento. Otro estudio comparó fisioterapia y grupos de aeróbicos sin encontrar diferencias significativas (59). Concluye que hay diferentes tipos de ejercicios que pueden tener algún efecto.

La Guía ICSI recomienda el ejercicio como tratamiento de lumbalgia subaguda en base a dos revisiones sistemáticas sobre programas de ejercicio individualizado (55) y un programa de acondicionamiento físico (60), además de dos ECA: rehabilitación centrada en la función (61) y un tratamiento activo individualizado combinado con ejercicio en grupo (62).

La Guía alemana no recomienda terapia de movimiento (incluyendo fisioterapia) para el tratamiento de lumbalgia aguda pero sí para lumbalgia subaguda. Sí recomienda alentar al paciente para que se mantenga físicamente activo.

La Guía del País Vasco, en base a dos revisiones sistemáticas, concluye que estar activo mejora el dolor y la funcionalidad en pacientes con dolor lumbar agudo al compararlos con los que permanecen en reposo. (63,64)

Dentro de las revisiones sistemáticas, Dahm, en 2010 (50), encontró una diferencia de medias para el desenlace dolor (diferentes escalas: 3 puntos, VAS, 11 puntos, cuestionario McGill) de 0.29 (95% CI: 0.09 to 0.49) a favor de estar activo (instrucciones de mantenerse lo más activo

posible) comparado con reposo en cama por al menos dos días. Oesch en 2011 (65), encontró que el ejercicio tiene un OR= 0.66, 95% CI 0.48–0.92 a favor para la discapacidad para el trabajo en lumbalgia no aguda en el contexto del trabajo, y Yamato, en 2015 (68), encontró una diferencia de medias a favor de Pilates, tanto para dolor (14.05, 95% CI -18.91 to -9.19; P <0.001) como para discapacidad (-7.95, 95% CI -13.23 to -2.67; P = 0.003). Van der Giessen en 2012 (66), no encontró diferencias en la escala de discapacidad/dolor al comparar actividad graduada versus la terapia usual o lista de espera. **(Anexo 9).**

Entre los ensayos clínicos, Aluko en 2013 (69) y Hagen en 2010 (70) no encontraron diferencia para “core stabilization” ni ejercicio, mientras que Fritz en 2015 (71) encontró una diferencia de medias a favor para discapacidad (-3.2 [95% CI, -5.9 to -0.47], P = .02) a 3 meses, pero no al año comparado con intervención mínima. **(Anexo 9)**

Balance entre consecuencias deseables y no deseables

Estar activo mejora el dolor y la capacidad funcional de las personas con lumbalgia aguda y subaguda, sin efectos no deseables conocidos.

Valores y preferencias

Los pacientes son actores importantes para el manejo temprano de lumbalgia dado que mantener la función lo más cercana a lo normal debería ser altamente valorado por los pacientes.

Uso de recursos

Mantenerse activo no irroga recursos adicionales para el paciente ni para su empleador.

Aceptabilidad y viabilidad

La recomendación de mantenerse en actividad es aceptada por el paciente y, dado que no requiere equipos especiales, resulta viable como parte del manejo de la lumbalgia aguda y subaguda.

Pregunta 6. ¿Son eficaces la escuela de espalda y/o la terapia manual como tratamiento de lumbalgia?

Recomendación:

No se sugiere implementar programas de escuela de espalda para pacientes con lumbalgia aguda y subaguda. **(Recomendación condicional en contra)**

Se recomienda la terapia manual de manipulación y movilización de tejidos blandos brindada por un médico rehabilitador o terapeuta físico en un servicio de rehabilitación para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda, de acuerdo a disponibilidad del servicio. **(Recomendación fuerte a favor)**

Evidencia encontrada

Esta pregunta está respondida en las GPC 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 122 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 41 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente, se escogieron 3 estudios con información potencial (2 Revisiones sistemáticas y 1 cohorte). Sólo se hace referencia a aquellos estudios con información que responda la pregunta de investigación.

Según la GPC del País Vasco las escuelas de espalda son un programa educativo y de adquisición de destrezas en el que se imparten lecciones, incluidos ejercicios, a grupos de pacientes con lumbalgia. Sus objetivos principales son la educación y la autorresponsabilidad. La Guía alemana menciona que, en un acercamiento biopsicosocial, puede recomendarse la escuela de espalda en el tratamiento del dolor lumbar no específico como recomendación condicional. La Guía del País Vasco, en base a una revisión sistemática Cochrane (72) concluye que la evidencia es contradictoria sobre la eficacia de las escuelas de espalda en la lumbalgia aguda y subaguda.

En lo referente a terapia manual, la Guía NICE identificó un ECA de alta calidad, el UKBEAM (56), que comparó manipulación espinal en ocho sesiones de 20 minutos por 12 semanas para lumbalgia subaguda, con mejoría por pequeño margen. Otro ECA comparó el método McKenzie de terapia física con intervención mínima en lumbalgia aguda, encontrando resultados marginalmente mejores. También encontró evidencia débil en un ECA acerca que los masajes proveen mejora del dolor a corto plazo.

La revisión sistemática de Hidalgo et al. 2014 (67) encontró tres estudios con calidad de evidencia alta a favor de la terapia manual de tipo manipulación en la lumbalgia aguda y subaguda en el corto plazo (1-3 meses) comparada con terapia manual fingida (“sham”) para dolor y capacidad funcional, y dos estudios con calidad moderada a favor de la manipulación combinada con movilización comparada con cuidados médicos usuales en lumbalgia aguda y subaguda para dolor y capacidad funcional (Anexo 9). La revisión sistemática Cochrane de Poquet 2015 et al. (73) reportó en 4 estudios heterogéneos que no hubo efectividad para la escuela de espalda con muy baja calidad de evidencia para dolor y discapacidad funcional comparada con placebo (“sham” o control de atención) u otro tratamiento (fisioterapia, terapiamiofascial, manipulación articular o consejería. Finalmente, la cohorte de Tutzschke de 2014 (74) reportó diferencias en electromiografía para la escuela de la espalda sin evaluar desenlaces clínicos.

Balance entre consecuencias deseables y no deseables

La escuela de espalda no tiene efectos beneficiosos para lumbalgia aguda o subaguda con mínimo riesgo para el paciente. La terapia manual presenta evidencia sólida de beneficio para estos pacientes, con mínimo riesgo asociado con la manipulación.

Valores y preferencias

Los pacientes prefieren recibir tratamiento con terapia manual porque ha demostrado efectos beneficiosos en estudios de calidad de evidencia alta. Los pacientes prefieren no recibir información de escuela de espalda pues no ofrece beneficio para lumbalgia aguda o subaguda.

Uso de recursos

La implementación de programas de terapia manual obligaría a destinar recursos adicionales para entrenar personal especializado y tener espacios para la realización de los procedimientos. La escuela de espalda precisa de gasto que no está justificado en el contexto de una intervención que no produce beneficio a los pacientes.

Aceptabilidad y viabilidad

La implementación de la terapia manual en pacientes con lumbalgia aguda o subaguda es aceptable para los pacientes, pues mejora dolor y capacidad funcional significativamente a corto plazo. La terapia manual es viable si se dispone de un número suficiente de profesionales entrenados en la intervención, por lo que puede ofrecerse de acuerdo a disponibilidad del servicio en los establecimientos de salud.

Pregunta 7. ¿Son las fajas/corsés eficaces en el tratamiento de lumbalgia aguda inespecífica?

Recomendación

No se sugiere usar los soportes lumbares (fajas o corsés) para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda. **(Recomendación condicional en contra)**

Evidencia encontrada

Esta pregunta está respondida en la GPC NICE. 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 472 resúmenes potenciales. Luego del tamizaje inicial se escogieron 9 artículos para evaluación en texto completo. Finalmente se escogió 1 estudio con información potencial (ensayo clínico). Sólo se hace referencia a aquellos estudios con información que responda la pregunta de investigación.

La Guía NICE menciona una revisión sistemática de 6 ECAs, que no encontró evidencia de efectividad de los soportes lumbares para mejorar el dolor ni el estado funcional en comparación con no intervención. Es una revisión sistemática de buena calidad pero que presenta heterogeneidad en los tipos de pacientes.

El ensayo clínico de Calmels de 2009 (75) encontró que el uso de un cinturón lumbar mejoró la Escala Funcional entre los días 0 y 90 (7.6 ± 4.4 vs. de 6.1 ± 4.7 ; $P=0.023$), la escala visual análoga (VAS) se redujo 41.5 ± 21.4 vs. 32.0 ± 20 ; $P = 0.002$ y el consumo de analgésicos también se redujo D90:34.3% vs 56.8% CG; $P = 0.002$. Este es un ECA de baja calidad, por lo que sus resultados no son suficientes para modificar la recomendación de la revisión sistemática descrita en la Guía NICE.

Balance entre consecuencias deseables y no deseables

El soporte lumbar no mejora el dolor ni la capacidad funcional, y potencialmente puede provocar lesiones dérmicas de contacto.

Valores y preferencias

Los pacientes probablemente no prefieren recibir el soporte lumbar por las incomodidades que provoca su colocación y su permanencia.

Uso de Recursos

El uso de métodos de soporte lumbar obligaría a destinar recursos adicionales para la compra de estos aditamentos.

Aceptabilidad y viabilidad

El uso de métodos de soporte lumbar no es aceptado por los pacientes, y la recomendación contra su utilización es viable al además no tener evidencia de eficacia clínica.