

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LUMBALGIA

GUÍA EN VERSIÓN CORTA

GPC N°2

Diciembre 2016

SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD

Gabriel del Castillo Mory

Presidente Ejecutivo, EsSalud

Manuel Roberto De la Flor Matos

Gerente General, EsSalud

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN

Víctor Dongo Zegarra

Director del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Patricia Pimentel Álvarez

Asesora de la Dirección del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Fabián Fiestas Saldarriaga

Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Lely Solari Zerpa

Gerente de la Dirección de Investigación en Salud

Víctor Suarez Moreno

Gerente de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Raúl Timaná Ruiz

Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Grupo elaborador

- Víctor Suárez Moreno, IETSI.
- Raúl Timaná Ruiz, IETSI.
- Ricardo Carpio Guzmán, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud.
- José Chávez Corrales, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud.
- Nives Santayana Calizaya, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud.
- Jaime Collins Camones, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud.
- Jesús Robles Recalde, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud.
- Adrián V. Hernández, Consultor Metodológico.
- Alejandro Piscoya Rivera, Consultor Metodológico.

Revisión

- Prof. Eduardo Collantes-Estévez, Profesor de Medicina de la Universidad de Córdoba, Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Reina Sofía”, Córdoba, España.

Conflicto de intereses

Los responsables de la elaboración del presente documento declaran no tener ningún conflicto de interés con relación a los temas descritos en el mismo.

Financiamiento

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud, de Perú.

Guía de Práctica Clínica

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Citación

Este documento debe ser citado como: IETSI. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Lumbalgia. Guía en Versión Corta GPC N°2. Perú, Diciembre 2016.

Agradecimientos

Sra. Rosario Torres Salas

Datos de contacto

Victor Suárez Moreno. Correo electrónico: victor.suarezm@essalud.gob.pe. Teléfono: +511-2656000, Anexo 2349.

Tabla de contenido

I.	Finalidad	5
II.	Objetivos	5
III.	Ámbito de aplicación	5
IV.	Proceso o procedimiento a estandarizar	5
V.	Consideraciones Generales	5
	5.1. Definición	5
	5.2. Etiología	6
	5.3. Fisiopatología	6
	5.4. Aspectos epidemiológicos	6
	5.5. Factores de riesgo asociado.....	6
VI.	Consideraciones Específicas	6
	6.1. Cuadro clínico	6
	6.2. Diagnóstico	7
	6.3. Exámenes auxiliares.....	7
	6.4. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutiva	7
	6.5. Complicaciones	9
	6.6. Criterios de referencia y contrareferencia.....	9
	6.7. Flujogramas.....	10
VII.	Anexos	12
VIII.	Referencias bibliográficas	19

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LUMBALGIA

I. FINALIDAD

- Contribuir a la reducción de la morbilidad de la persona con lumbalgia.

II. OBJETIVOS

- Contribuir a mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de la persona con lumbalgia aguda y subaguda.
- Optimizar el manejo integral de la persona con lumbalgia mediante recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible y adecuada al contexto nacional.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía es aplicable a los pacientes adultos con lumbalgia inespecífica aguda y subaguda. La Guía aborda el diagnóstico y tratamiento farmacológico y no farmacológico.

La Guía está dirigida a los profesionales de la salud que participan de los equipos multidisciplinarios de manejo de pacientes con lumbalgia, incluyendo médicos de atención primaria, internistas, reumatólogos, traumatólogos, emergencistas, y especialistas en terapia física y rehabilitación en todos los niveles de atención de EsSalud.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Diagnóstico y tratamiento de lumbalgia inespecífica aguda y subaguda

4.1. Nombre y código de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma. Versión (CIE 10)

- Lumbago (M54.5)

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

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.

5.2. ETIOLOGÍA

La gran mayoría de pacientes vistos en atención primaria (>85%) tiene dolor lumbar inespecífico, es decir, que el paciente tiene dolor en ausencia de una condición subyacente específica que pueda ser realmente identificada. Muchos de estos pacientes pueden tener dolor músculo-esquelético y la mayoría mejora en pocas semanas. (3)

5.3. FISIOPATOLOGÍA

Dado que se trata de un dolor inespecífico, no se conoce una fisiopatología específica.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La prevalencia de la lumbalgia se ha estimado en diferentes encuestas. Una revisión sistemática de 2012 estimó que la prevalencia puntual global de lumbalgia que limita la actividad por más de un día fue de 12%, y la prevalencia a un mes fue de 23%. (4)

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1. Medio Ambiente: No conocidos

5.5.2. Estilos de Vida:

- Obesidad
- Tabaco
- Actividad en el trabajo
- Actividad deportiva
- Inactividad física

5.5.3. Factores hereditarios: No conocidos

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y Síntomas

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)

6.1.2. Interacción cronológica

No aplica

6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías

No aplica

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

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)

6.2.2. Diagnóstico diferencial

Ante la presencia de signos de alarma (6.4.4) debe referirse al paciente para descartar otras patologías.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica

No se recomiendan.

6.3.2. De Imágenes

No se recomiendan.

6.3.3. De Exámenes especializados complementarios

No se recomiendan.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

No aplica

6.4.2. Terapéutica

Recomendaciones de tratamiento no farmacológico:

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

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)

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 de servicio. (Recomendación fuerte a favor)

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

Recomendaciones de tratamiento farmacológico:

No se recomienda la utilización de paracetamol - independientemente de la dosis como monoterapia - de primera elección en el tratamiento de la lumbalgia aguda y subaguda. (Recomendación fuerte en contra)

Se sugiere AINEs como tratamiento de primera línea de la lumbalgia aguda y subaguda. (Recomendación condicional a favor)

Se sugiere agregar un relajante muscular si el dolor lumbar agudo y subagudo persiste tras iniciar el tratamiento con AINE. (Recomendación condicional a favor)

Se sugiere el uso de un opiáceo débil (tramadol, codeína) si la lumbalgia aguda y subaguda persiste tras iniciar el tratamiento con AINE y relajante muscular. (Recomendación condicional a favor)

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Si bien los AINE son efectivos en el tratamiento de lumbalgia, existe un riesgo potencial de hemorragia digestiva y daño cardiovascular que deben tomarse en cuenta, de acuerdo a las características de los pacientes.

El principal efecto adverso de los relajantes musculares es la sedación y mareos que están en relación a sus efectos sobre el sistema nervioso central y su actividad anticolinérgica, especialmente en pacientes ancianos.

Los efectos adversos de los opiáceos incluyen sedación, confusión, náusea y estreñimiento. Adicionalmente, debe tenerse en cuenta el abuso y la adicción con el uso recurrente.

6.4.4. Signos de alarma

- Antecedentes de neoplasia
- Edad mayor a 50 años
- Síndrome constitucional sin mejoría
- Dolor en reposo
- Fiebre
- Inmunosupresión

- Traumatismo previo
- Osteoporosis
- Uso de corticoides
- Síndrome de cauda equina

6.4.5. Criterios de Alta

El paciente con lumbalgia es dado de alta cuando los síntomas y la funcionalidad mejoran y permiten un desempeño adecuado.

6.4.6. Pronóstico

El paciente con lumbalgia tiene buen pronóstico.

6.5. COMPLICACIONES

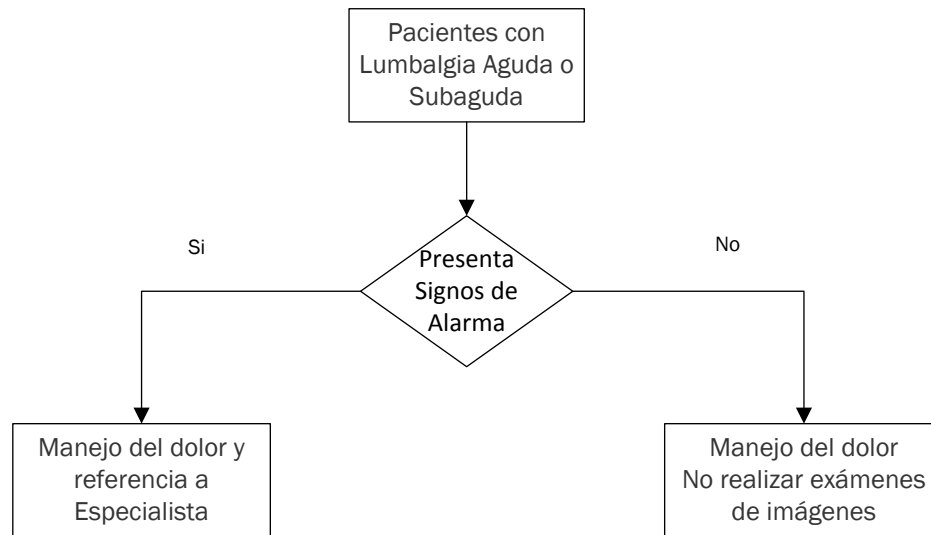
- No aplica

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

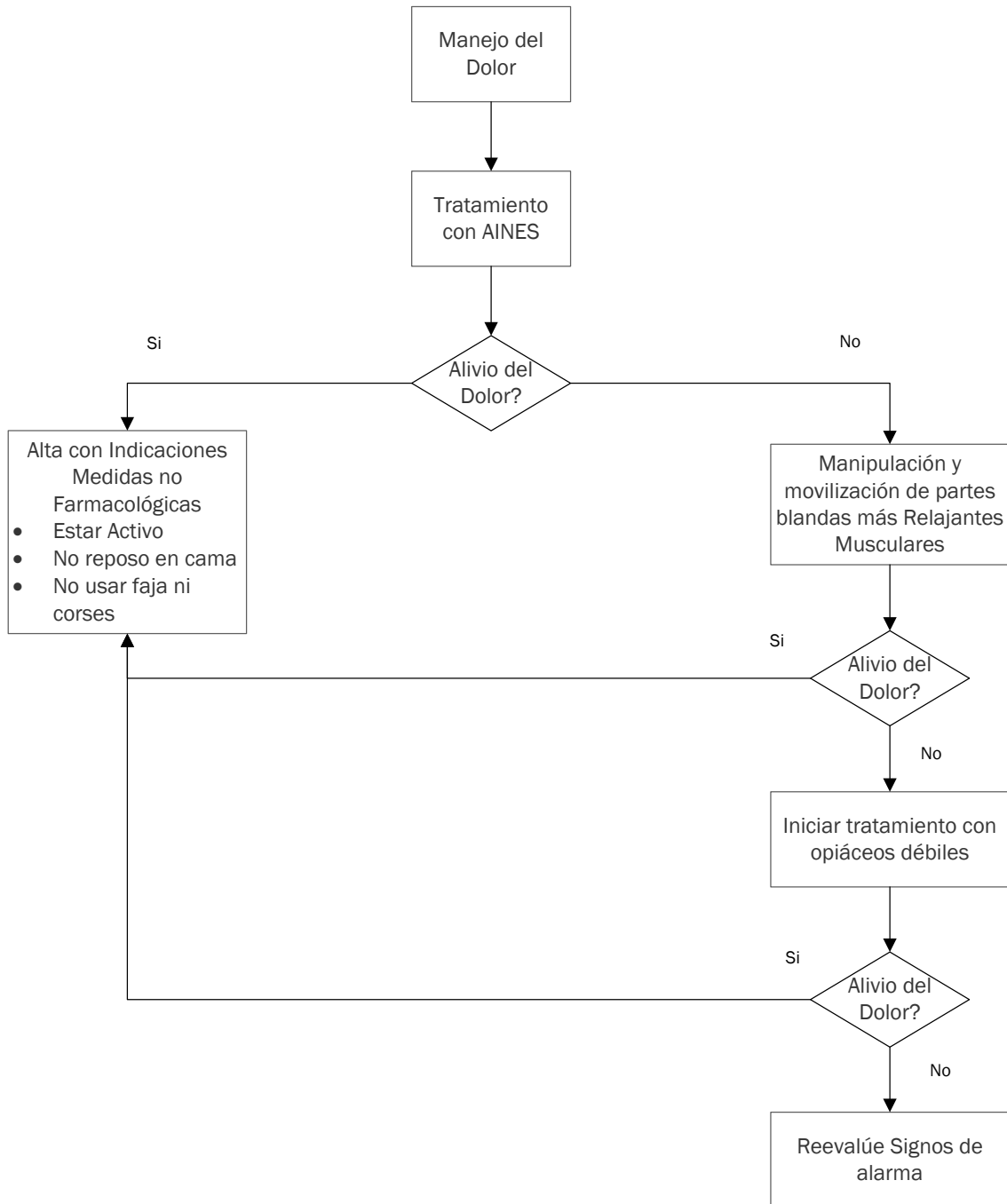
Se debe referir a un centro especializado a los pacientes con lumbalgia que presenten signos de alarma.

6.7. FLUJOGRAMAS

Diagnóstico de paciente con lumbalgia



Tratamiento de paciente con lumbalgia



VII. ANEXOS

Anexo N°1: Recomendaciones Claves para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia

Recomendaciones	Fuerza y dirección de la recomendación
Criterios clínicos y de laboratorio para el diagnóstico de lumbalgia	
<p>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.</p> <p>Según el tiempo de duración del dolor, la lumbalgia se clasifica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	Recomendación condicional a favor
<p>Los signos de alarma en la lumbalgia son: edad mayor a 50 años, antecedentes de neoplasia, síndrome consuntivo sin mejoría con tratamientos habituales, dolor en reposo, fiebre, inmunosupresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de corticoides y síndrome de cauda equina.</p>	Recomendación condicional a favor
<p>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.</p>	Recomendación condicional en contra
Tratamiento no farmacológico	
<p>No se sugiere reposo en cama en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo.</p>	Recomendación condicional en contra
<p>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.</p>	Recomendación condicional a favor
<p>No se sugiere implementar programas de escuela de espalda para pacientes con lumbalgia aguda y subaguda.</p>	Recomendación condicional en contra

Recomendaciones	Fuerza y dirección de la recomendación
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
No se sugiere usar los soportes lumbares (fajas o corsés) para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda.	Recomendación condicional en contra
Tratamiento farmacológico	
No se recomienda la utilización de paracetamol, independientemente de la dosis, como monoterapia de primera elección en el tratamiento de la lumbalgia aguda y subaguda.	Recomendación fuerte en contra
Se sugiere AINEs como tratamiento de primera línea de la lumbalgia aguda y subaguda.	Recomendación condicional a favor
Se sugiere agregar un relajante muscular si el dolor lumbar agudo y subagudo persiste tras iniciar el tratamiento con AINE.	Recomendación condicional a favor
Se sugiere el uso de un opiáceo débil (tramadol, codeína) si la lumbalgia aguda y subaguda persiste tras iniciar el tratamiento con AINE y relajante muscular.	Recomendación condicional a favor

Anexo N°2: Desarrollo metodológico

El desarrollo metodológico, la síntesis de la evidencia, así como todos los puntos señalados en el Documento Técnico: Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica, aprobado con Resolución Ministerial 414-2015/MINSA, se encuentran en la versión en extenso y sus anexos de esta Guía. Para revisar estos documentos, dirigirse a la siguiente dirección electrónica: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/guias_pract_clini_farmacov_tecnov.html

A. Conformación del Grupo elaborador de guías (GEG)

La Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del IETSI, EsSalud, conformó el GEG mediante invitaciones a expertos en la metodología de elaboración de GPC y expertos clínicos en Lumbalgia. El GEG quedó conformado por los siguientes miembros:

- Expertos del Seguro Social de Salud
- Expertos Metodólogos
- Profesionales del IETSI

B. Declaración de conflictos de intereses

Los miembros del GEG firmaron una declaración de conflictos de intereses. Los responsables de la elaboración del presente documento declaran no tener ningún conflicto de interés con relación a los temas descritos en el presente documento.

C. Formulación de preguntas clínicas

Se elaboraron preguntas PICO (Población, Intervención, Comparador, Desenlace) conjuntamente con los expertos clínicos.

El GEG desarrolló 11 preguntas clínicas:

Tabla N° 1: Preguntas Clínicas para la Guía

N°	Preguntas
Pregunta 1	¿Cuál es el diagnóstico y la clasificación de lumbalgia?
Pregunta 2	¿Cuáles son los criterios (signos de alarma) para derivar a atención especializada al paciente adulto con lumbalgia?
Pregunta 3	¿Cuáles son los estudios de laboratorio e imagen que deben solicitarse ante un paciente adulto con lumbalgia agudo?
Pregunta 4	¿Es eficaz el reposo en cama como tratamiento de lumbalgia? (considerar la clasificación)
Pregunta 5	¿Es eficaz el estar activo como tratamiento de lumbalgia?
Pregunta 6	¿Es eficaz la escuela de espalda como tratamiento de lumbalgia?

N°	Preguntas
Pregunta 7	¿Son las fajas/corsés eficaces en el tratamiento de lumbalgia aguda inespecífica?
Pregunta 8	¿Es eficaz el paracetamol en el tratamiento de lumbalgia?
Pregunta 9	¿Es eficaz el AINE en el tratamiento de lumbalgia?
Pregunta 10	¿Es eficaz el relajante muscular en el tratamiento de lumbalgia?
Pregunta 11	¿Es eficaz el opiáceo en el tratamiento de lumbalgia?

Para profundizar en la estructura de las preguntas clínicas en formato PICO, ver la versión en extenso de la guía.

D. Búsqueda y selección de Guías de Práctica Clínica

Para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica se estableció una secuencia estandarizada a partir del ámbito y objetivo de la Guía. Se utilizaron los términos “low back pain” y “non-specific low back pain” en los siguientes buscadores de Guías de Práctica Clínica:

- Tripdatabase
- National Guideline Clearinghouse
- New Zealand Clinical Guidelines Group
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- National Institute for Health Care Excellence (NICE)

Como segundo paso, se hicieron búsquedas en Google y Google Scholar con los términos “low back pain” y “clinical practice guidelines”. Como tercer paso, se realizaron búsquedas usando los mismos términos en las páginas de la Guidelines International Network (GIN), Clinical Practice Guidelines of the American College of Physicians (ACP), Pubmed-medline, EMBASE, Scopus, the Web of Science y la biblioteca Cochrane. Finalmente, como cuarto paso, los expertos clínicos del grupo fueron consultados acerca de GPC no publicadas.

Siguiendo los 4 pasos encontramos 34 GPC de lumbalgia. Cuatro de ellas (una de ellas publicada en dos documentos) solamente se enfocaron en lumbalgia crónica y fueron excluidas. De las 30 GPC restantes: 7 tuvieron una antigüedad mayor a 10 años y 23 fueron publicadas en los últimos 10 años (Referencias en la versión extensa).

Los dos consultores procedieron a evaluar las GPC escogidas en forma independiente utilizando el instrumento AGREE-II (<http://www.agreerust.org/agree-ii/>).

Luego de la discusión final, se calcularon los promedios de los dominios de cada Guía según lo descrito en la normativa del MINSa, y se obtuvo como resultado final que 6 Guías alcanzaron más del 60% en el promedio de los dominios: NICE 2009 (5), APS 2009 (6), ICSI 2012 (7), Alemania 2010 (8), México 2009 (9), y País Vasco 2007. (2)

Para profundizar en la estructura de la evaluación de las Guías ver la versión en extenso de la Guía.

E. Actualización de la búsqueda por pregunta clínica

Luego de la selección de las Guías, se procedió a la evaluación de las estrategias de búsqueda por pregunta. Aquellas preguntas cuyas estrategias de búsqueda fueron juzgadas adecuadas o insuficientes de acuerdo al Anexo N°12 de la Guía Metodológica del MINSA 2015 (1), fueron escogidas para la actualización de la evidencia.

La actualización de las búsquedas se realizó para todas las preguntas, ya que presentaron estrategias de búsqueda insuficientes en la evaluación. Las estrategias de búsqueda por pregunta están disponibles en los anexos de la versión en extenso de la Guía.

Para la evaluación de la calidad de la evidencia seguimos la metodología GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). La calidad de la evidencia de la información de los ensayos controlados aleatorizados se basa en 5 puntos: riesgo de sesgo, inconsistencia de los resultados, evidencia no directa, imprecisión y sesgo de publicación (10). Se asume que un ensayo controlado aleatorizado tiene una calidad de evidencia alta y que disminuye por cada punto inadecuado a intermedia, baja o muy baja. Los estudios observacionales son de baja calidad y sólo pueden aumentar si es que presentan dos características: si los efectos son grandes y si se observa una clara relación dosis respuesta.

Para profundizar en la actualización de la búsqueda, ver la versión en extenso y sus anexos de la Guía.

F. Formulación de las Recomendaciones

Las recomendaciones se formularon en base a las recomendaciones de las Guías que contestaron cada pregunta. Luego fueron evaluadas en reuniones sucesivas por el GEG y modificadas de acuerdo a sus opiniones y a la evidencia proporcionada. Se adicionaron artículos de acuerdo a las diferentes opiniones vertidas y se modificaron cuando hubo evidencia suficiente disponible.

De acuerdo a la metodología GRADE, las recomendaciones de las GPC se basan en la calidad de la evidencia, balance entre efectos deseables e indeseables, costes y uso de recursos, y valores y preferencias de los pacientes (11).

Tabla N° 2: Significado de recomendaciones según GRADE

Fuerza y dirección de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE RECOMIENDA HACERLO

Fuerza y dirección de la recomendación	Significado
Condicional a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE SUGIERE HACERLO
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. SE RECOMIENDA NO HACERLO
Condicional en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. SE SUGIERE NO HACERLO
Punto de Buena Práctica	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica del GEG.

G. Validación

La metodología utilizada para este propósito fue, en primer lugar, exponer los objetivos y alcances de la Guía, seguido de las preguntas y recomendaciones. En segundo lugar, se procedió a abrir la discusión con preguntas y observaciones de los expertos, las cuales fueron respondidas por el grupo expositor. En tercer lugar, se procedió a sintetizar las observaciones que se consideraron puedan aportar a la Guía. La validación se realizó con tres grupos; un grupo ampliado de expertos, los pacientes y los decisores.

H. Revisión externa

La revisión externa se llevó a cabo convocando al Dr. Eduardo Collantes-Estévez, Profesor de Medicina de la Universidad de Córdoba, que es Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario “Reina Sofía”, Córdoba, España, para que revise el documento completo y brinde sus sugerencias.

I. Actualización de la Guía

La presente Guía tiene una validez de dos años. Al acercarse el fin de ese período, se procederá a una revisión de la literatura, luego de la cual se decidirá sobre su actualización de acuerdo a la información nueva que se encuentre.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú. Documento Técnico: Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica. Resolución Ministerial 414-2015-MINSA. Julio 2015.
2. 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. GPC 2007/1. Vitoria-Gasteiz.
3. Chou R, Qaseem A, Owens DK, et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2011; 154:181.
4. Hoy D, Bain C, Williams G, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012; 64:2028.
5. Savigny P, Kuntze S, Watson P, Underwood M, Ritchie G, Cotterell M, Hill D, Browne N, Buchanan E, Coffey P, Dixon P, Drummond C, Flanagan M, Greenough, C, Griffiths M, Halliday-Bell J, Hettinga D, Vogel S, Walsh D. Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain. London, 2009: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.
6. Chou R, Loeser JD, Owens DK, et al. Interventional Therapies, Surgery, and Interdisciplinary Rehabilitation for Low Back Pain An Evidence-Based Clinical Practice Guideline From the American Pain Society. *Spine* 2009;34:1066-77.
7. Goertz M, Thorson D, Bonsell J, Bonte B, Campbell R, Haake B, Johnson K, Kramer C, Mueller B, Peterson S, Setterlund L, Timming R. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Acute and Subacute Low Back Pain. Updated November 2012.
8. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Kurzfassung, 1. Auflage. Version 5. 2010 zuletzt verändert: Oktober 2015. Available from: <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de>; [cited: 21.12.2015]; DOI: 10.6101/AZQ/000251
9. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud. 2009.
10. Higgins JPT, Altman DG, Gotzsche PC, Juni P, Oxman AD, Savovic J, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011;343:d5928.
11. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol* 2013; 66: 726-35.

*Ver lista completa de referencias bibliográficas en la versión en extenso de esta Guía.