

La lumbalgia

Jenny de la Torre Aboki

INTRODUCCIÓN

Se denomina lumbalgia a aquel dolor localizado en la región lumbar. El término hace referencia a un síntoma y no a una enfermedad específica, ya que el dolor lumbar puede originarse en numerosas estructuras, algunas de ellas a distancia de la columna lumbar (dolor irradiado o referido).

La lumbalgia es la segunda causa más frecuente de consulta en Atención Primaria, ya que hasta el 80% de la población presentará dolor lumbar a lo largo de su vida.

Según el estudio EPISER (Humbría et al., 2000), la prevalencia puntual de lumbalgia en España en personas mayores de 20 años es del 14,8%. La prevalencia anual varía en un rango entre el 15 y 45%. El 25% de estos pacientes tenía un dolor intenso que les producía discapacidad severa. En cuanto a su incidencia por edades, un 15% de los jóvenes y adultos y un 27% de los ancianos sufren algún episodio de lumbalgia. El dolor lumbar, aunque preocupa más en la población en edad laboral debido a la pérdida económica que supone, tiene una incidencia mayor en los ancianos, produciendo dificultad para la realización de actividades de la vida diaria básicas (Insausti, 2009).

Las lumbalgias de origen mecánico y las lumbalgias inespecíficas constituyen más del 90% de las cau-

sas de dolor lumbar, siendo en su mayoría autolimitadas en unas seis semanas. La mayoría de los pacientes se incorporan a su actividad laboral en tres meses, no obstante, determinados problemas psicosociolaborales pueden prolongar la duración de las bajas laborales. La lumbalgia ocurre en todos los grupos de edad, aunque con más frecuencia entre los 30-50 años. De hecho, en los trabajadores menores de 45 años, la lumbalgia es la primera causa de incapacidad laboral. El dolor lumbar, ciertamente, preocupa más en la población en edad laboral debido a la pérdida económica que supone por el elevado coste en consumo de recursos sanitarios y las bajas laborales relacionadas, pero aún así, es conveniente mencionar que tiene una incidencia mayor en los ancianos, produciendo dificultad para la realización de actividades de la vida diaria básicas, forzándoles a la inmovilidad, con el riesgo que esto supone para el agravamiento de sus patologías de base (Insausti, 2009).

La lumbalgia está asociada, independientemente del sexo, edad y nivel de estudios, a una pérdida de funcionalidad en aspectos de la vida cotidiana y de la calidad de vida de los individuos que la padecen.

CAUSAS DEL DOLOR LUMBAR

A menudo es difícil localizar la estructura o estructuras lesionadas que producen la lumbalgia. Se cree

que las estructuras que más frecuentemente originan dolor lumbar son (Insausti, 2009; Salvatierra, 2008):

- Piel.
- Anillo fibroso periférico del disco intervertebral.
- Platillos vertebrales.
- Los músculos y las raíces nerviosas que inervan la duramadre.
- Compresión de las raíces nerviosas.
- La articulación sacroilíaca.

De todas estas estructuras, el disco intervertebral, el dolor facetario y el dolor de las articulaciones sacroilíacas han demostrado ser la causa principal del dolor en pacientes con lumbalgia inespecífica (sin causa objetivada). Habitualmente, el dolor lumbar no tiene un origen anatómico único, sino que este es múltiple.

Aproximadamente el 90% de los casos de lumbalgia son secundarios a alteraciones mecánicas de estructuras vertebrales o musculares no definidas y se les denomina lumbalgia mecánica inespecífica. En el 10% de los casos restantes, la causa sí puede ser identificada mediante anamnesis y pruebas complementarias.

A pesar de que la causa del dolor lumbar pueden ser las estructuras anteriormente listadas, hay que tener presente la posibilidad de que se trate de una lumbalgia referida por patología abdominopélvica (enfermedades ginecológicas o renales, patología digestiva, aneurismas de aorta, tumores retroperitoneales).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En general, se puede dividir el dolor lumbar en tres grandes grupos clínicos: la lumbalgia mecánica, la lumbalgia inflamatoria o la lumbalgia con irradiación neuropática.

- El dolor lumbar mecánico se desencadena con los movimientos o ciertas posturas y presenta un alivio franco tras el reposo.

- La lumbalgia inflamatoria despierta al paciente durante la noche (sobre todo de madrugada), no se alivia con el reposo y suele presentar rigidez matutina prolongada (superior a 45 minutos).
- El dolor lumbar con irradiación neuropática se acompaña de parestesias (sensación de hormigueo, acorcamiento o entumecimiento) y/o disestesias (dolor profundo quemante, sensaciones anómalas dolorosas) habitualmente distribuido en un territorio radicular.

Existen una serie de datos de alarma en pacientes con dolor lumbar que deben alertar sobre la presencia de una patología grave:

- Edad superior a los 65 años.
- Antecedentes de traumatismo vertebral.
- Factores de riesgo de osteoporosis: una de las causas más frecuentes de lumbalgia aguda incapacitante es la aparición de fracturas vertebrales espontáneas secundarias a fragilidad ósea por osteoporosis, especialmente en mujeres postmenopáusicas. Ante la existencia de una fractura vertebral, aparece una lumbalgia aguda, de características puramente mecánicas pero que puede ser extremadamente invalidante dada su intensidad.
- Antecedente de patología oncológica.
- Síntomas constitucionales como fiebre, pérdida de peso, etc. La mayoría de los procesos tumorales vertebrales son secundarios a metástasis, por ello, es de especial importancia preguntar sobre antecedentes personales de cáncer o sobre la presencia de síntomas constitucionales.
- Dolor nocturno o en reposo, es decir, dolor de características inflamatorias.
- Sintomatología neurológica que incluya disfunción de esfínteres (retención urinaria, incontinencia urinaria por rebosamiento, incontinencia fecal), anestesia en “silla de montar” o debilidad motora.
- Coexistencia de un foco infeccioso.
- Uso de drogas por vía parenteral.
- Paciente inmunodeprimido, ya sea por fármacos o por enfermedades concomitantes.

Se denomina lumbalgia mecánica específica a aquella en la que se puede llegar a saber la causa que la produce. Esto sucede en aproximadamente el 10% de los casos.

Las causas más comunes de lumbalgia específica son hernia discal, espondiloartritis, espondilosis, estenosis de canal severa, aplastamiento vertebral osteoporótico, infección, tumores, síndrome de la cola de caballo y patología de sacroiliácas. No hay que olvidar la posibilidad de que se trate de una lumbalgia referida por enfermedad renal, vascular, digestiva, ginecológica y/o secundaria a problemas psicosociolaborales (Salvaterra, 2008).

Es preciso remarcar que la lumbalgia mecánica inespecífica (90% de los casos) hace referencia a un síntoma y no tiene que ser considerada una enfermedad.

Desde el punto de vista de la práctica clínica diaria, la lumbalgia puede clasificarse de la siguiente forma:

- Lumbalgia aguda mecánica: su inicio es súbito y tiene una duración menor a tres semanas. A este grupo pertenecen la lumbalgia mecánica inespecífica, hernia discal/rotura del anillo intervertebral.
- Lumbalgia subaguda: su inicio es insidioso y tiene una duración de entre tres semanas y tres meses.
- Lumbalgia crónica: con una duración superior a tres meses.
- Lumbalgia crónica mecánica con fases de agudización: con una duración superior a tres meses, persistencia del dolor y fases de exacerbación.
- Lumbalgia mecánica recidivante: con fases dolorosas alternando con períodos asintomáticos.

No hay ningún factor individual que haya mostrado inequívocamente su importancia en el desencadenamiento del primer episodio de dolor lumbar.

Entre los factores de carácter ocupacional se han podido implicar en el desarrollo del primer episodio de dolor lumbar el trabajo físico que comporte manejar pesos (ya sean levantándolos o simplemente moviéndolos), adoptar posturas inadecuadas durante períodos prolongados, la exposición a vibraciones y un bajo nivel de satisfacción en el trabajo (Humbría et al., 2004).

En la mayoría de los casos, la causa de la lumbalgia puede orientarse adecuadamente mediante una historia clínica cuidadosa y una exploración física (incluyendo una exploración neurológica básica), siendo necesaria la petición de pruebas complementarias solo ante la existencia de datos de alarma anteriormente listados.

El curso natural de la lumbalgia es variable. La mayoría son autolimitadas en el tiempo y de curso benigno, con tendencia hacia la mejoría progresiva, con un 50% de los individuos con evolución positiva a la semana y el 93% prácticamente asintomático a los seis meses (Salvaterra, 2008). El dolor lumbar es intenso en casi una cuarta parte de los sujetos que lo padecen y obliga a guardar cama hasta en un 15% de los casos, impidiendo la realización de las actividades habituales en el 22% de los casos (Humbría et al., 2000). En aproximadamente un 7% de los pacientes la lumbalgia se cronifica (Salvaterra, 2008). Existen factores de mal pronóstico o de cronificación en el dolor lumbar, estos factores quedan expuestos en el [Cuadro 1](#).

Cuadro 1. Factores de mal pronóstico en el dolor lumbar

Factores demográficos

- Sexo: varones
- Edad: laboral
- Nivel educativo bajo
- Nivel socioeconómico bajo

Factores laborales

- Trabajo mecánico: vibración, flexión, torsión
- Trabajo monótono y repetitivo
- Bajas laborales

Cuadro 1. Factores de mal pronóstico en el dolor lumbar (continuación)

Factores laborales

- Litigios laborales
- Compensaciones económicas
- Accidente laboral percibido

Factores médicos

- Enfermedades concomitantes
- Síndrome doloroso crónico
- Drogodependencia o abuso de sustancias
- Indicadores de salud asociados: fatigabilidad y cansancio, cefaleas, alteraciones del sueño, molestias digestivas inespecíficas
- Sedentarismo
- Discapacidad asociada

Factores psicológicos

- Antecedentes de patología psiquiátrica
- Depresión o ansiedad
- Alteraciones de la personalidad
- Baja capacidad de afrontamiento

Fuente: Pérez-Torre et al. (2008)

MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE CON LUMBALGIA

El objetivo fundamental del régimen terapéutico es la resolución de la lumbalgia y en su defecto la reincorporación precoz del paciente a sus actividades habituales. El alivio del dolor y la recuperación de la función son claves en el tratamiento (NICE, 2016).

El tratamiento de la lumbalgia secundaria a patología grave o a patología específica es el menos controvertido en cuanto a su manejo, ya que, una vez establecido el diagnóstico, se procederá al tratamiento específico a la mayor brevedad posible.

El tratamiento de la lumbalgia aguda inespecífica se fundamenta en proporcionar al paciente información suficiente sobre la benignidad del proceso, su evolución natural y en insistir en la importancia que tiene su incorporación precoz a sus actividades cotidianas a pesar de que el dolor lum-

bar no haya desaparecido totalmente. En ausencia de compromiso neurológico, se iniciará tratamiento conservador, puesto que el 80% de los casos ceden en 2-4 semanas. No se recomienda realizar ejercicio físico, ejercicios específicos de flexibilidad y fortalecimiento del tronco ni reposo en la lumbalgia aguda inespecífica. Si el paciente percibe alivio sintomático con el reposo, se ha de enfatizar que este no se prolongue más de 48 horas, debido a que el reposo prolongado no mejora el pronóstico, sino que provoca pérdida de masa ósea y muscular. A partir de la segunda semana se orientará al paciente a comenzar la práctica de ejercicio aeróbico suave (caminar, nadar, bicicleta estática) para evitar los efectos perjudiciales de la inactividad ([Imagen 1](#)). A partir de la quinta semana se podrá iniciar la realización de ejercicios de flexibilidad y fortalecimiento de la musculatura del tronco. Es muy importante proporcionar una pauta analgésica adecuada siempre que sea necesario.

Es importante poder identificar aquellos factores (tanto laborales como cotidianos) que hayan contribuido a la aparición del dolor para corregirlos en la medida de lo posible.

En el tratamiento de la lumbalgia inespecífica subaguda, la pérdida de peso en las personas con sobrepeso, la práctica de ejercicio físico, la aplicación de masaje junto con la práctica de ejercicio, la combinación del ejercicio con terapia cognitivo-



Es fundamental el ejercicio aeróbico suave en el paciente con lumbalgia

conductual y los programas de atención multidisciplinar han mostrado una moderada eficacia.

En el tratamiento de la lumbalgia aguda inespecífica recidivante hay moderada evidencia de que la incorporación del ejercicio, tanto en su modalidad aeróbica, como de flexibilización y fortalecimiento de la musculatura del tronco, pueda disminuir la frecuencia e intensidad de las recurrencias en el dolor.

En el tratamiento de la lumbalgia crónica, el objetivo principal es la vuelta al trabajo y actividades habituales lo más pronto posible. La adhesión a un plan de ejercicio físico previamente diseñado en función de las necesidades, preferencias y condición física de la persona con lumbalgia parece ser la única medida preventiva eficaz del dolor de espalda. Existen numerosos programas de ejercicio pero no se ha demostrado la superioridad de uno sobre otro. Lo esencial es su cumplimiento a lo largo del tiempo.

Tratamientos farmacológicos

El uso de analgésicos, antiinflamatorios, antidepresivos y/o relajantes musculares puede ser de utilidad, aunque cuentan con evidencia heterogénea.

El paracetamol (con o sin codeína) es considerado el fármaco de elección para el manejo de la lumbalgia no grave. La administración pautada de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), tradicionales (p. ej.: ibuprofeno) o inhibidores específicos de la ciclooxygenasa tipo 2 (COX2) durante cortos períodos en la fase aguda de la lumbalgia no grave proporcionan una mejoría del dolor, pero no modifican el tiempo de baja laboral, la evolución natural ni la tendencia a la cronicidad de la lumbalgia.

Los relajantes musculares (p. ej.: benzodiacepinas) pueden ser eficaces para reducir el dolor, fundamentalmente ante la existencia de contractura muscular. Su retirada tiene que ser progresiva y su uso no ha de ser prolongado (1-2 semanas).

Por el contrario, los corticoides orales no han demostrado su utilidad en la lumbalgia aguda, aunque podrían tener un pequeño papel en aquellos pacientes con compresión radicular aguda. El uso de analgésicos opioides (tramadol y fentanilo) se recomienda únicamente en pacientes que no puedan recibir AINE o en aquellos con dolor lumbar mal controlado con AINE y/o paracetamol.

Los antidepresivos han demostrado utilidad en una tercera parte de los pacientes con lumbalgia crónica asociada a depresión clínica. El uso de fármacos con propiedades moduladoras del dolor neuropático como gabapentina o pregabalina parecen ser efectivos para el control de síntomas de radiculopatía (disestesias o parestesias).

Tratamiento no farmacológico

Ortesis lumbares

El uso de ortesis lumbares o lumbosacras pueden proporcionar mejoría en los casos de lumbalgia mecánica no grave de menos de seis meses de evolución. No tiene que indicarse su uso por largos períodos de tiempo, puesto que pueden perpetuar el dolor lumbar al causar atrofia de la musculatura paralumbar y abdominal. Pueden recomendarse a los pacientes con lumbalgia mecánica crónica no grave para que la utilicen al realizar actividades físicas que sobrecarguen la columna lumbosacra y empeoren el dolor. En los pacientes con lumbalgia aguda secundaria a una fractura vertebral osteoporótica estaría indicado el uso de una ortesis lumbosacra semirrígida en la fase aguda, durante un tiempo no superior a 4-6 semanas para evitar el dolor secundario a la movilización.

Manipulaciones

Algunos estudios concluyen que las manipulaciones físicas (manipulaciones de la columna, masajes) reducen la duración de la lumbalgia, fundamentalmente cuando se aplican entre la segunda y la cuarta semana del inicio del dolor. Se obtienen mejores resultados con la realización conjunta de ejercicio físico regular.

Tracciones

Las guías actuales no lo recomiendan.

Acupuntura

No existen estudios bien diseñados que hayan demostrado de manera concluyente su efectividad.

Hidroterapia

El tratamiento termal, como terapia multifactorial, en combinación con otras técnicas, disminuye el dolor, la discapacidad y mejora la calidad de vida, además de reducir el consumo de analgésicos y AINE.

Otras terapias físicas

Los ultrasonidos, la termoterapia, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) no han demostrado su efectividad en el tratamiento del dolor lumbar crónico, aunque todavía hoy es ampliamente utilizada para el alivio del dolor. Es preciso recordar que su uso no influye en el tiempo de resolución del episodio de lumbalgia.

Infiltraciones locales con corticoides y/o anestésicos

Las infiltraciones en los puntos dolorosos lumbares y/o interapofisarias no han demostrado eficacia para el alivio del dolor en los pacientes con lumbalgia.

Infiltraciones epidurales

Las infiltraciones epidurales con anestésico local y corticoides pueden aconsejarse en pacientes con dolor lumbar y síntomas radiculares que no han respondido a tratamiento conservador. Aunque no son curativas, la evidencia científica disponible parece indicar que en la mayoría de los pacientes se consigue una mejoría transitoria del dolor.

Tratamiento quirúrgico

Las dos emergencias neuroquirúrgicas en la persona con lumbalgia son:

- El síndrome de la cola de caballo: resultado de la compresión del saco caudal a través del cual pasan los nervios hacia las extremidades inferiores,

el intestino y la vejiga y que se manifiesta con disfunción de esfínteres, anestesia en silla de montar o debilidad, acorcamiento o dolor en ambos miembros inferiores.

- Déficit neurológico motor rápidamente progresivo causado por un proceso benigno (p. ej.: hernia discal) o maligno (p. ej.: proceso tumoral).

EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDA AL PACIENTE CON LUMBALGIA

Los programas de educación para el paciente son considerados parte esencial del tratamiento no farmacológico en pacientes con lumbalgia. Es muy importante que el paciente comprenda su proceso y evolución natural. La prevención del dolor lumbar se basa en tres pilares fundamentales: evitar cargar peso, higiene postural y actividad física.

Recomendaciones para el manejo de pesos

- Siempre que el paciente vaya a recoger algo del suelo, ha de doblar ambas rodillas. Nunca tiene que hacer rotaciones de rodillas mientras recoge la carga del suelo.
- Evitar levantar objetos por encima de los hombros.
- Buscar ayuda cuando necesite levantar objetos pesados.
- Cuando lleve equipaje o bolsas de la compra, ha de repartir la carga entre ambas manos.

Cuidados posturales

- Es muy importante insistir en evitar agacharse doblando la espalda, principalmente por la mañana, debido a que la columna todavía mantiene un elevado grado de rigidez. Cuando esté de pie durante un largo periodo, el paciente tiene que cambiar la posición de los pies a menudo, ya sea colocando uno de ellos en un altilllo o alterando el apoyo.

- Caminar con la espalda recta y calzado adecuado (tacón ancho y bajo -como máximo de 4 cm-, puntera redondeada, suelas antideslizantes). Al sentarse, ha de mantener ambos pies en el suelo y las rodillas dobladas y situadas a la altura de las caderas. Se ha de usar una butaca cómoda, con respaldo recto o ligeramente inclinado y con un soporte para la cabeza, a ser posible.
- Cuando se conduzca un coche es necesario acercar el asiento lo suficiente para que los pies alcancen los pedales cómodamente y situar ambas manos al volante. Ante viajes de larga duración, hay que detenerse cada dos horas y realizar ejercicios de estiramiento durante cinco minutos. Antes de iniciar un trayecto largo o al finalizarlo, se tiene que evitar cargar o descargar pesos.
- Dormir en un colchón con firmeza media y evitar las almohadas excesivamente altas o dormir sin almohada.
- En las labores domésticas, al hacer las camas la persona ha de arrodillarse o, al menos, doblar las rodillas para ajustar la ropa de cama. Al limpiar objetos que estén por encima de los hombros, tiene que subirse a una escalera con buen apoyo.

Actividad física

- Se ha de enfatizar la importancia de evitar el sedentarismo. La natación y pedalear sobre bicicleta estática suave con el manillar elevado son aconsejables.
- La práctica regular de Pilates u otros tipos de ejercicio de estiramientos supervisados se recomienda en la lumbalgia mecánica crónica (Lin et al., 2016). La combinación de ejercicios de estiramientos, flexibilidad y ejercicio aeróbico es otra alternativa recomendable en el caso de la lumbalgia mecánica crónica.
- En contra de algunas creencias, en la lumbalgia mecánica aguda no está desaconsejado salir a caminar. Se ha de caminar por períodos cortos de tiempo, ir aumentando progresivamente la duración de los paseos y advertir que en caso de au-

mento de dolor, se ha de cesar la actividad (Krein, 2016). La práctica de ejercicio aeróbico suave en la lumbalgia mecánica aguda ha mostrado ser beneficioso por el aumento de flujo sanguíneo en los tejidos de la espalda que permite mejorar el proceso de recuperación tisular y disminuir la rigidez (Gordon et al., 2016).

- Se recomienda practicar ejercicios de espalda al menos durante quince minutos al día y se tienen que suspender en el caso de que provoquen dolor. Los objetivos son la relajación, la flexibilización y el fortalecimiento de los músculos de la columna vertebral. Los ejercicios han de realizarse sobre una superficie firme, en el suelo o sobre una colchoneta o manta, con las piernas flexionadas con los pies separados y manteniendo la espalda bien apoyada en el suelo, brazos a lo largo de cuerpo, hombros relajados y escápulas apoyadas en el suelo. Se recomienda hacer los ejercicios a ser posible tras calentar la zona lumbar con un baño/ducha de agua caliente o con manta eléctrica. Al principio se realizará solo 3-4 veces cada ejercicio, aumentando el ritmo y la intensidad de los mismos de forma progresiva. No se recomienda la realización de ejercicios de fortalecimiento de espalda en la lumbalgia mecánica aguda. Se pueden descargar tablas de ejercicio de fortalecimiento de la columna cervical, dorsal y lumbar en la página web de la Sociedad Valenciana de Reumatología (<http://www.svreumatologia.com/category/pacientes/ejercicios-de-rehabilitacion/>) (Imagen 2).



Un ejercicio para la columna lumbar es, una vez acostados boca arriba con los brazos extendidos y las piernas flexionadas con los pies apoyados en el suelo, llevar las rodillas hacia el pecho y levantar la cabeza y tronco abrazando las rodillas

Otras medidas

La autoadministración de cuestionarios específicos puede ser de utilidad en el paciente con dolor lumbar debido a la frecuencia con que algunos pacientes abocan a un cuadro de dolor crónico que se asocia a un alto grado de discapacidad. En la valoración del paciente con dolor lumbar se pueden incluir los siguientes:

- Evaluación cuantitativa del dolor: por medio de una Escala Visual Analógica con un rango de 1-10.
- Evaluación cualitativa: por medio del cuestionario de dolor McGill, se trata de un cuestionario autoadministrado de 10-15 minutos de duración que evalúa tres dimensiones del dolor (sensorial, afectiva y evaluativa). Está adaptada y validada al español (Lázaro et al., 1994). Existe una versión abreviada.
- Cuestionario de discapacidad Roland-Morris (Kovacs, 2002): autoadministrado de cinco mi-

nutos de duración, consiste en 24 ítems en los que se valora desde 0 (ninguna discapacidad) hasta 24 (discapacidad máxima o total).

- Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud (Alonso et al., 1995): autoadministrado, con ocho escalas y 36 ítems, de 5-10 minutos de duración y rango de 0-100 puntos.
- Test de Othmer y DeSouza para la detección del trastorno de somatización (García-Campayo et al., 1996): explora los síntomas somáticos en seis ítems localizados en garganta, órganos genitales/recto, dificultades de memoria, dificultades para respirar, vómitos, dolores menstruales y en dolores de manos y pies.
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger et al., 1982): autoadministrado, consta de cuarenta ítems, veinte que evalúan la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y veinte que evalúan la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). La puntuación de cada uno oscila entre 0-60 puntos.

RESUMEN

- La lumbalgia es aquel dolor localizado en la región lumbar. Es la segunda causa más frecuente por la que un paciente acude a una consulta de medicina general. En España, la lumbalgia tiene una prevalencia puntual del 14,8% y durante un periodo de seis meses la probabilidad de padecer al menos un episodio de lumbalgia es del 44,8%.
- El término lumbalgia hace referencia a un síntoma y no a una enfermedad, ya que el dolor lumbar puede tener numerosas causas. El 90% de los casos son lumbalgia mecánicas inespecífica, en las cuales se produce una mejoría a lo largo de las primeras cuatro semanas con o sin tratamiento farmacológico.
- La prevención del dolor lumbar se basa en tres pilares fundamentales: evitar coger peso, higiene postural y actividad física.
- Los cuidados de los profesionales enfermeros en esta patología pueden ser muy importantes para facilitar el autocuidado y el afrontamiento eficaz de la enfermedad y deberían estar centrados en programas estructurados de educación sanitaria con el fin de enfatizar la pertinencia de las medidas no farmacológicas a lo largo del proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995 may; 104(20):771-6.
- García-Campayo JJ, Sanz-Carrillo C, Pérez-Echeverría MJ, Campos R, Lobo A. Screening of somatization disorder: validation of the Spanish version of the Othmer and DeSouza test. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Dec; 94(6):411-5.
- Gordon R, Bloxham S. A Systematic Review of the Effects of Exercise and Physical Activity on Non-Specific Chronic Low Back Pain. *Healthcare (Basel)*. 2016 Apr; 4(2).
- Humbría A, Ortiz A, Carmona L. Lumbalgia en la población española. En: Sociedad Española de Reumatología (SER). Estudio EPISER 2000. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: SER; 2001. p. 39-51.
- Humbría Mendiola A. Lumbalgia. En: Blanco García FJ, Carreira Delgado P, Martín Mola E, Mulero Mendoza J, Navarro Sarabia F, Olivé Marqués A, et al. (eds.). Manual SER de las enfermedades reumáticas. 4^a ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2004. p. 99-103.
- Insausti J. Lumbalgia inespecífica: en busca del origen del dolor. *Reumatol Clin*. 2009; 5(S2):19-26.
- Kovacs FM, Llobera J, Gil Del Real MT, Abraira V, Gestoso M, Fernández C, et al. Validation of the spanish version of the Roland-Morris questionnaire. *Spine* 2002 Mar; 27(5):538-42.
- Krein SL, Abdul-Wahab Y, Kadri R. Adverse events experienced by participants in a back pain walking intervention: A descriptive study. *Chronic Illn*. 2016 Mar; 12(1):71-80.
- Lázaro C, Bosch F, Torrubia R, Banos JE. The development of a Spanish Questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *Eur J Psychol Assess*. 1994; 10:145-51.
- Lin HT, Hung WC, Hung JL. Effects of pilates on patients with chronic non-specific low back pain: a systematic review. *J Phys Ther Sci*. 2016 Oct; 28(10):2961-9.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline. London: NICE; 2016.
- Pérez Torre F, Núñez-Cornejo Piquer C, Juliá Mollá C, Buades Soriano T, Ruiz de la Torre R, Ybáñez García D, et al. Lumbalgia. En: Castellano JA, Román JA, Rosas JC (eds.). Enfermedades reumáticas: actualización. Valencia: Sociedad Valenciana de Reumatología; 2008. p. 403-19.
- Salvatierra Osorio J. Lumbalgia. En: Cañete Crespillo JD, Gómez-Reino Carnota JJ, González-Gay Mantecón MA, Herrero-Beaumont Cuenca G, Morillas López L, Pablos Álvarez JL, et al. (eds.). Manual SER de las enfermedades reumáticas. 5^a ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2008. p. 93-9.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R. Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). 3^a ed. Madrid: TEA; 1982.