



**Govern  
de les Illes Balears**

Conselleria

de Salut i Consum

Direcció General d'Avaluació i Acreditació



**FUNDACION  
KOVACS**

# Guía de Práctica Clínica: **LUMBALGIA INESPECIFICA**

Versión adaptada a la Comunidad Autónoma  
de les Illes Balears de la Guía de Práctica  
Clínica del Programa Europeo COST B13

Las distintas versiones de esta guía están disponibles en  
<http://dgaval.caib.es/GPC.htm> o [www.REIDE.org](http://www.REIDE.org)



Este documento debe ser citado del siguiente modo: Grupo Balear de Trabajo del Programa Europeo COST B13. Resumen de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para la lumbalgia inespecífica. Direcció General d'Avaluació i Acreditació. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears. 2006

Este documento resume una Guía de Práctica Clínica. Es de carácter científico y técnico y está destinado a profesionales sanitarios, y no al público general. Todas las personas y entidades que han participado directamente o indirectamente en su desarrollo, así como aquellas que la respaldan o recomiendan, declinan toda responsabilidad sobre las consecuencias que puedan derivarse de su mal uso o de las erróneas interpretaciones de su significado que puedan hacer personas que carezcan de la cualificación precisa.

El objetivo del Programa COST B13 de la Comisión Europea ha sido elaborar una Guía de Práctica Clínica para la Lumbalgia Inespecífica de ámbito paneuropeo, basada en la evidencia y que cubre la prevención de la afección, y el diagnóstico y tratamiento de los casos agudos y crónicos. El Programa ha sido dirigido por un grupo de expertos seleccionados en función de su producción científica en ese campo por los gobiernos de los 14 países europeos participantes (ver páginas 37 y siguientes de este documento). La Guía de ámbito paneuropeo se ha elaborado entre octubre de 1999 y diciembre de 2004 (ver páginas 42 y siguientes de este documento).

La adaptación a España de esa Guía de Práctica Clínica de ámbito paneuropeo ha sido desarrollada por un equipo multidisciplinario compuesto por los representantes de España en el Comité de Gestión del Programa COST B13 y los expertos designados a tal efecto por las Sociedades Españolas de: Medicina General (SEMG), Medicina Rural y General (SEMERGEN), Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC),

Reumatología (SER), Medicina Física y Rehabilitación (SERMEF), Neurocirugía (SENEc), Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT), Radiología Médica (SERAM), Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), y para el Estudio de la Ansiedad y Estrés (SEAS), así como por la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), el Grupo para el Estudio de las Enfermedades del Raquis (GEER), el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas (CGCF), la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (REIDE), el grupo REDEGUIAS de la Red de Medicina Basada en la Evidencia (Red\_MBE), y el Centro Cochrane Iberoamericano (CCI). (ver página 40 y siguientes de este documento)

La versión balear de la Guía COST B13 emana de la versión española, en la que se indican los estudios científicos que la fundamenta. Se ha elaborado con la sistemática especificada en la versión española para el desarrollo de las adaptaciones de ámbito autonómico y local. El Grupo de Trabajo balear ha desarrollado su labor sin la participación ni el patrocinio de la industria ni ninguna otra entidad con ánimo de lucro. Las declaraciones de los potenciales conflictos de interés personales de los autores de la versión española de esta Guía se detallan en las páginas 59 y siguientes de este documento.

Las distintas versiones y formatos de esa Guía, incluyendo la versión original de ámbito europeo, la versión española y esta adaptación de la misma, pueden descargarse gratuitamente desde la Web de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda ([www.REIDE.org](http://www.REIDE.org)).

**El contenido de este documento es el siguiente:**

I. Definición de lumbalgia inespecífica .....	6
II. Resumen del proceso diagnóstico recomendado .....	6
III. Resumen de los tratamientos recomendados .....	10
IV. Tecnologías no recomendadas sistemáticamente para el tratamiento de la lumbalgia .....	15
V. Prevención de la aparición o recurrencia de la lumbalgia .....	16
VI. Algoritmo de manejo de la lumbalgia .....	18
Autores y revisores .....	24

## **I. DEFINICIÓN DE LUMBALGIA INESPECÍFICA**

La lumbalgia inespecífica es el síndrome caracterizado por dolor en la región lumbosacra, acompañado o no de dolor referido o irradiado, asociado habitualmente a limitación dolorosa de la movilidad y que presenta características mecánicas (es influenciado por las posturas y movimientos, tiende a mejorar con el reposo y a empeorar con el esfuerzo). El diagnóstico supone que el dolor no se debe a traumatismos directos, fracturas ni afecciones que puedan causar dolor lumbar, como espondilitis, o afecciones neoplásicas, neurológicas, infecciosas, vasculares, endocrinas, metabólicas o ginecológicas.

La lumbalgia inespecífica representa más del 95% de los casos que consultan por dolor lumbar en atención primaria.

## **II. RESUMEN DEL PROCESO DIAGNÓSTICO RECOMENDADO**

1. Clasificación diagnóstica del paciente (“triage”).
2. Evaluación de la evolución del paciente.

### **II.1 Clasificación diagnóstica del paciente (“triage”).**

En función de la existencia o no de “señales de alerta”, se recomienda clasificar al paciente con dolor lumbar en uno de estos tres grupos;

- a) Posible enfermedad sistémica (infección, cáncer, osteoporosis, etc.),
- b) Compresión radicular que requiere valoración quirúrgica, o
- c) Lumbalgia inespecífica.

### **II.1.a: Las señales de alerta son:**

#### **II.1.a.1: Para enfermedad sistémica:**

Dolor que aparece por primera vez <20 ó >55 años, dolor no influido por posturas, movimientos y esfuerzos, dolor de predominio nocturno, dolor exclusivamente dorsal, déficit neurológico difuso, imposibilidad persistente de flexionar 5o la columna vertebral, deformación estructural (de aparición reciente), mal estado general, pérdida de peso, fiebre, antecedentes de traumatismo reciente, cáncer o uso de corticoides (osteoporosis) o drogas por vía parenteral, inmunodepresión o SIDA.

#### **II.1.a.2: Para derivación a cirugía:**

- a) Para derivación inmediata y urgente (por posible síndrome de la cola de caballo): Paresia relevante, progresiva o bilateral, pérdida de control de esfínteres de origen neurológico, anestesia en silla de montar.
- b) Para derivación para valoración quirúrgica: Dolor radicular (no lumbar):
  - Cuya intensidad sigue siendo intolerable pese a la aplicación durante 6 o más semanas

de todos los tratamientos no quirúrgicos recomendados (posible hernia discal con criterios quirúrgicos).

- Que aparece sólo a la deambulación y la limita, requiere flexión o sedestación para desaparecer, persiste pese a 6 meses de tratamiento conservador y se acompaña de imágenes de estenosis espinal (posible estenosis espinal sintomática).

**II.1.b:** Si existe alguna señal de alerta, valore prescribir las pruebas complementarias oportunas (radiografía simple, TAC, RM, gammagrafía o SPECT). Si sospecha compresión radicular, discitis o cáncer, la RM es la mejor opción.

**II.1.c:** Si no hay ninguna señal de alerta, puede asumir que el paciente tiene una lumbalgia inespecífica. En ese caso se recomienda tratar directamente al paciente con acuerdo a las recomendaciones de esta Guía, sin pedir antes pruebas complementarias.

**II.1.d:** La existencia de imágenes de degeneración discal, escoliosis, espondilosis, espondilolistesis y/o “inestabilidad vertebral”, es compatible con el diagnóstico de lumbalgia inespecífica (se observan con frecuencia en sujetos sanos y asintomáticos). Su existencia no cambia el tratamiento.

## **II.2 Evaluación de la evolución del paciente.**

**II.2.a.** Se recomienda evaluar la evolución del paciente en unas (2-6) semanas.

**II.2.b** Si en ese período el paciente no ha mejorado, se recomienda:

**II.2.b.1:** Volver a evaluar la existencia de señales de alerta

**II.2.b.2:** Evaluar si existen factores que pueden dificultar la reasunción de la actividad habitual del paciente (“signos de mal pronóstico funcional”, que no se refieren al pronóstico del dolor, sino al de la normalización de la actividad cotidiana –incluyendo, en su caso, la laboral-):

- Los “signos de mal pronóstico funcional” son:
  - Creencias erróneas (como que el dolor de espalda significa la existencia de una lesión grave o se debe a una alteración estructural irreversible, o mayor confianza en los tratamientos pasivos que en las actitudes activas propias),
  - Conductas inadecuadas (conductas de miedo y evitación, reducción del grado de actividad más allá de lo que condiciona estrictamente el dolor),
  - Factores laborales (falta de apoyo en el trabajo, escasa satisfacción por el trabajo, conflictos laborales o litigación),
  - Problemas emocionales (depresión, ansiedad, estrés, tendencia al aislamiento social).

- Si detecta alguno de esos signos, aplique lo recomendado en la fase 4 de tratamiento.

**II.2.b.3:** Valorar la posibilidad de modificar la actitud diagnóstica o de pasar al siguiente escalón terapéutico –de acuerdo con las recomendaciones de esta Guía-.

**II.2.b.4:** Repetir periódicamente este proceso tantas veces como sea preciso.

**Para el diagnóstico de la lumbalgia inespecífica, no se recomiendan:**

- La electromiografía
- Las pruebas terapéuticas o de provocación (infiltraciones facetarias con anestésicos o la discografía)
- Las pruebas quiroprácticas de movilidad y palpación vertebral

### **III.RESUMEN DE LOS TRATAMIENTOS RECOMENDADOS**

El tratamiento de la lumbalgia inespecífica representa una encrucijada de disciplinas y no es propia de manera exclusiva de ninguna especialidad, por lo que se recomienda que sea muy fluida la colaboración entre los distintos profesionales y niveles asistenciales. Para el tratamiento, se recomienda:

1. Dar información positiva y tranquilizadora al paciente:

- La lumbalgia inespecífica no se debe a ninguna enfermedad grave subyacente ni a una alteración estructural irreversible que conlleve su persistencia o reaparición. Si no hay signos que indiquen que su resultado va a modificar el tratamiento (“señales de alerta”), las pruebas radiológicas suponen un riesgo inútil y es mejor no realizarlas.
  - A los pacientes con dolor de menos de 2 semanas de duración: La lumbalgia aguda tiene buen pronóstico y en la mayoría de los casos desaparece en unos días o, como máximo, semanas.
2. Recomendar al paciente que evite el reposo en cama y aconsejarle que mantenga el mayor grado de actividad física que le permita el dolor (incluyendo el trabajo, si es posible).
  3. Si la intensidad del dolor lo requiere, prescribir fármacos de primera línea. Según su intensidad y resistencia a los fármacos previos, el orden recomendado es;
    - a) Paracetamol; entre 650 y 1000 mgs cada 6 horas
    - b) Antiinflamatorios no esteroideos pautados (no “a demanda”), mantenidos durante menos de 3 meses.
    - c) Antiinflamatorios (pautados) más una tanda de miorrelajantes mantenidos durante menos de 1 semana.

4. Si se detectan signos de mal pronóstico funcional (ver punto II.2.b.2), aplicar programas educativos breves:
  - Intentar modificar esos signos hablando con el paciente
  - Entregar al paciente un folleto que haya demostrado ser efectivo para corregir sus creencias erróneas y mejorar sus conductas inadecuadas (el “Manual de la Espalda” u otros similares que se desarrollen y evalúen en el futuro) o darle una dirección de Internet con información fiable de ese tipo ( [www.espalda.org](http://www.espalda.org) u otras similares).
5. Prescribir intervención neuroreflejojoterápica (NRT) a los pacientes en los que el dolor persista 14 o más días y tenga una intensidad moderada, intensa o muy intensa (superior a 3 puntos en una escala analógica que va de 0 –ausencia de dolor- a 10 –máximo dolor imaginable-).
6. Prescribir ejercicio a partir de las 2-6 semanas. No se recomienda prescribirlo antes de que la lumbalgia (o la exacerbación de una lumbalgia crónica) haya alcanzado esa duración, pues en esa fase es ineficaz y puede aumentar el dolor, pero sí a partir de entonces.

El momento concreto en el que recomendarlo (entre las 2 y 6 semanas) depende de cada caso. Cualquier tipo de ejercicio físico tiene efecto, y no hay datos para recomendar un tipo o

intensidad determinada, por lo que se recomienda prescribirlo teniendo en cuenta las preferencias del paciente.

7. Prescribir fármacos de segunda línea: Antidepresivos tricíclicos o tetracíclicos a dosis analgésicas (esté o no deprimido el paciente).

Se recomienda una dosis equivalente a 10-25 mg. de amitriptilina cada 12 horas. No se recomiendan los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, pues carecen de efecto analgésico.

8. Prescribir fármacos de tercera línea: Opiáceos (preferentemente tramadol o compuestos de liberación lenta), en pacientes con exacerbaciones intensas de lumbalgia crónica que no respondan a los tratamientos anteriores.

9. Prescribir otros opiáceos o combinaciones farmacológicas no incluidos en los escalones previos, eventualmente complementados con apoyo psicológico e idealmente prescritos en entornos multidisciplinarios especializados.

10. No se recomienda prescribir cirugía para el tratamiento de la lumbalgia inespecífica, salvo que se den todos estos criterios:

- El dolor sea intenso e invalidante,
- Haya persistido durante como mínimo 2 años pese a la aplicación de todos los demás tratamientos recomendados,

- Se plantee exclusivamente la artrodesis (preferiblemente no instrumentada).
- La artrodesis se plantee preferiblemente en un máximo de 2 segmentos.

En otros ámbitos, para el tratamiento de la lumbalgia inespecífica también se recomiendan parches de capsaicina, neuroestimulación percutánea (PENS), tratamiento psicológico cognitivo-conductual, programas multidisciplinarios de rehabilitación y escuelas de la espalda centradas en el manejo activo. En el Servicio Público de Salud estas tecnologías no están disponibles y, al carecer las cuatro primeras de evidencia científica sobre su eficiencia y ser insuficiente la relativa a su efectividad, no procede plantear su implantación hasta que se hayan realizado los estudios oportunos.

No obstante, en los ámbitos en los que estén disponibles programas que combinen ejercicio y tratamiento cognitivo-conductual no se recomienda la cirugía, puesto que aquellos obtienen resultados similares con menores riesgos y mayor eficiencia.

La Escuela de la Espalda es un programa de educación sanitaria centrado en la transmisión de información a grupos de pacientes, que habitualmente incluye contenidos prácticos –ejercicio o aplicación de normas de higiene postural-. Aunque no existen estudios sobre la eficiencia de las Escuelas de la Espalda centradas en el manejo activo (evitación del reposo en cama, fomento del mayor grado de actividad que permita el dolor, etc.), la evidencia científica disponible sobre su efectividad demuestra que es superior que el de las

que están centradas en la higiene postural. Eso sugiere la conveniencia de reorientar con esos conceptos los contenidos docentes de las Escuelas de la Espalda que actualmente existen y, en los ámbitos en los que se haga así, derivar a las mismas a los pacientes en los que el dolor dure 6 ó más semanas, especialmente si se detectan signos de mal pronóstico funcional (ver apartado II.2.b.2).

#### **IV. TECNOLOGÍAS NO RECOMENDADAS SISTEMÁTICAMENTE PARA EL TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA**

Los datos actualmente disponibles no permiten recomendar sistemáticamente las siguientes tecnologías:

**Fármacos:** Corticoides, gabapentina y similares, AINEs tópicos, antidepresivos que actúen por inhibición selectiva de la recaptación de serotonina, fármacos anti-TNF (factor de necrosis tumoral).

**Electroterapia:** Corrientes interferenciales, láser, onda corta, ultrasonido, termoterapia (calor), TENS (estimulación eléctrica transcutánea).

**Procedimientos físicos:** Tracción, masaje, corsés y fajas lumbares, manipulaciones vertebrales, acupuntura, reposo en cama (que está específicamente desaconsejado).

**Infiltraciones:** Infiltraciones facetarias, intradiscales, sacilíacas o en puntos gatillos. Infiltraciones esclerosantes (proloterapia) o de toxina botulínica.

Ozonoterapia. Bloqueos nerviosos con corticoides e infiltraciones epidurales de corticoides.

**Procedimientos de estimulación y denervación:** Rizólisis por radiofrecuencia, electrotermocoagulación intradiscal (IDET), termocoagulación intradiscal por radiofrecuencia (PIRF o IRFT), lesión del ganglio dorsal por radiofrecuencia, neuroestimulación medular.

**Cirugía:** Genéricamente, no se recomienda la cirugía para el tratamiento de la lumbalgia inespecífica (que excluye los casos de hernia discal o estenosis espinal sintomáticas con criterios quirúrgicos –ver “proceso diagnóstico”-). En casos de lumbalgia inespecífica, sólo se puede plantear la artrodesis (preferiblemente no instrumentada) en unos casos muy concretos en los que deben concurrir todos los criterios establecidos al efecto (ver punto 10 del apartado III). En ningún caso se debe plantear la cirugía como “última opción” si no se dan todos esos criterios. La evidencia científica disponible impide recomendar actualmente otras técnicas quirúrgicas en casos de lumbalgia inespecífica (ozonoterapia, núcleo o anuloplastia, IDET, nucleotomía percutánea, etc.)

## **V. PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN O RECURRENCIA DE LA LUMBALGIA**

Con ese fin se recomienda:

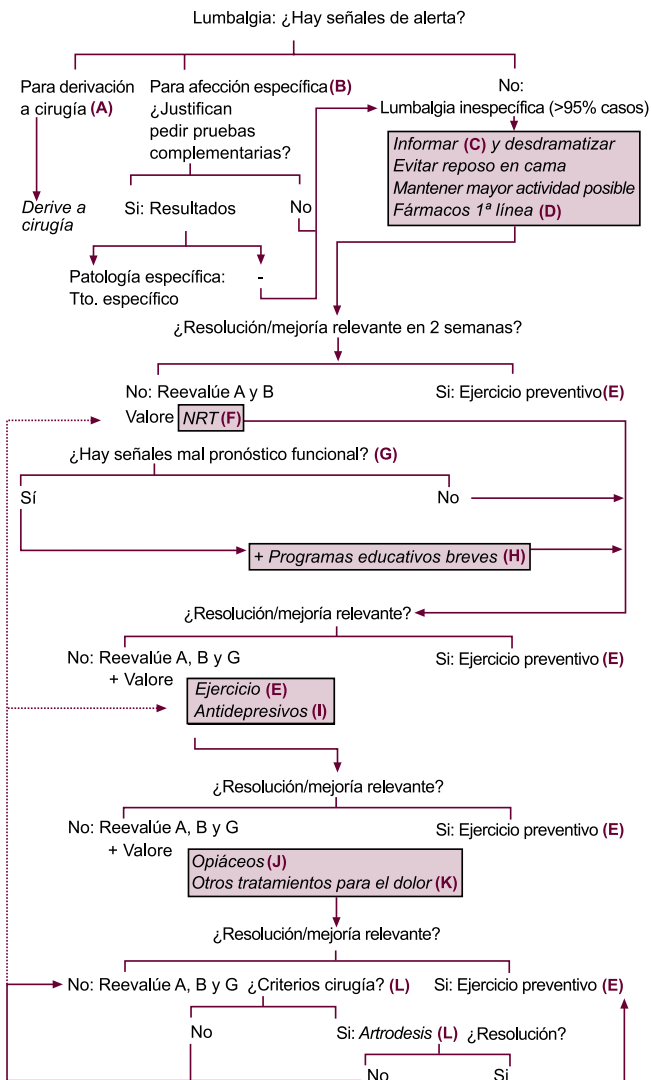
1. Prescribir ejercicio físico. Cualquier tipo de ejercicio físico tiene efecto preventivo, y no hay datos para recomendar tipos (o intensidades) concretas.

2. Explicar que la lumbalgia tiene buen pronóstico, y que si aparece es necesario evitar el reposo en cama y mantener el mayor grado de actividad que el dolor permita, repartir folletos demostradamente efectivos para transmitir esos conceptos –el “Manual de la Espalda” u otro similar que pueda desarrollarse y evaluarse en el futuro-, o difundir fuentes de información concordantes en Internet –[www.espalda.org](http://www.espalda.org) u otras similares-).  
No se recomienda la información centrada en aspectos biomecánicos o de higiene postural.
3. En caso de episodios recurrentes o persistentes, valorar la recomendación de programas mixtos de aprendizaje de conceptos de higiene postural (en el trabajo) y ejercicio, si éstos están disponibles (eventualmente a través de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales), pero no recomendar Escuelas de la Espalda centradas exclusiva o principalmente en aspectos de higiene postural.
4. No hay fundamento científico para recomendar, con el fin de prevenir la lumbalgia, la manipulación vertebral, el uso de suelas, plantillas o alzas (en casos de heterometría de los miembros inferiores), ni el uso de cinturones (o fajas) lumbares. Tampoco hay evidencia científica suficiente para recomendar ningún tipo de silla o colchón con fines preventivos, aunque los síntomas persistentes mejoran más con un colchón de firmeza intermedia que con uno muy firme.
5. En el caso de los trabajadores: Cuanto más se prolongue la baja laboral, mayor es el riesgo

de que las actividades cotidianas queden limitadas de manera definitiva. Es conveniente acelerar tanto como sea posible el retorno al trabajo, aun sin esperar a que haya desaparecido completamente el dolor y aunque sea preciso con ese fin adaptar transitoriamente las condiciones y/ o las características ergonómicas de los puestos de trabajo. Los programas que combinan educación sanitaria (en manejo activo) con ejercicio y medidas ergonómicas y organizativas que involucren a los trabajadores pueden tener efecto (probablemente discreto), aunque ninguna de esas medidas ha demostrado ser efectiva cuando se aplica aisladamente.

6. En el caso de los escolares: No hay datos consistentes sobre el efecto del ejercicio, el sedentarismo (y las maneras de estar sentado), la forma física, la fuerza muscular y el peso corporal. Hay datos que reflejan que el riesgo de lumbalgia aumenta con la participación en deportes a nivel competitivo, el transporte de material escolar excesivamente pesado, el uso de un mobiliario escolar inadecuado y la exposición a factores psicosociales (infelicidad, baja autoestima, etc.). Sin embargo, los datos disponibles no permiten traducir esa evidencia en recomendaciones preventivas claras (como eventuales límites concretos de carga o directrices para el mobiliario).

## **VI. ALGORITMO DE MANEJO DE LA LUMBALGIA**



## **ACLARACIONES AL ALGORITMO**

**Señales de alerta:**

**A: Para derivación a cirugía:**

- a) Derive urgentemente a cirugía si observa cualquiera de estos signos: Paresia relevante, progresiva o bilateral, pérdida de control de esfínteres de origen neurológico, anestesia en silla de montar (posible síndrome de la cola de caballo).
- b) Valore derivar para valoración quirúrgica si hay dolor radicular (no lumbar):
  - Cuya intensidad sigue siendo intolerable pese a la aplicación durante 6 o más semanas de todos los tratamientos no quirúrgicos recomendados (posible hernia discal con criterios quirúrgicos).
  - Que aparece sólo a la deambulación y la limita, requiere flexión o sedestación para desaparecer, persiste pese a 6 meses de tratamiento conservador y se acompaña de imágenes de estenosis espinal (posible estenosis espinal sintomática).

**B: Para enfermedad sistémica:**

Valore pedir RX+analítica simple, RM o gammagrafía: Dolor que aparece por primera vez <20 ó >55 años, dolor no influido por posturas, movimientos y esfuerzos, dolor exclusivamente dorsal, dolor de predominio nocturno, déficit neurológico difuso, imposibilidad persistente de flexionar 5° la columna vertebral, deformación estructural (de aparición

reciente), mal estado general, pérdida de peso, fiebre, antecedentes de traumatismo reciente, cáncer o uso de corticoides (osteoporosis) o drogas por vía parenteral, inmunodepresión o SIDA.

### **C: Informar al paciente:**

- La lumbalgia inespecífica no se debe a ninguna enfermedad grave subyacente (aunque el dolor pueda ser intenso), ni a ninguna alteración estructural irreversible (como “desgaste de las vértebras” o similar, pese a lo que el paciente pueda haber oído).
- Las pruebas radiológicas suponen un riesgo inútil y es mejor no realizarlas, salvo cuando existen signos que indican que su resultado puede modificar el tratamiento.
- Habitualmente el dolor emana de los músculos, discos, articulaciones o ligamentos, y la mayoría de los casos se resuelven por sí mismos en menos de 2-6 semanas.  
Para acelerar la recuperación y reducir el riesgo de reaparición, conviene evitar el reposo en cama y mantener el mayor grado de actividad física que el dolor permita (incluido el trabajo si es posible).

### **D: Fármacos de primera línea: En función de la intensidad y resistencia del dolor:**

- a) Paracetamol; entre 650 y 1000 mgs cada 6 horas.
- b) AINEs por vía general (no tópica) pautados (no “a demanda”), preferentemente menos de 3 meses. El ibuprofeno y el diclofenaco son los que generan una tasa menor de complicaciones gastrointestinales.

c) AINEs más una tanda de miorrelajantes, preferentemente de menos de 1 semana.

**E: Ejercicio:** No antes de 2-6 semanas de duración de la lumbalgia (o de la exacerbación de una lumbalgia crónica). Como preventivo o tratamiento, cualquier ejercicio es mejor que ninguno y no hay datos para recomendar una intensidad o tipo concreto; tenga en cuenta las preferencias del paciente.

**F: NRT:** Intervención neuroreflejojoterápica: Si, pese al tratamiento previo, lumbalgia de 14 o más días, de intensidad moderada a muy severa (>3 puntos en escala de 0 a 10).

**G: Señales de mal pronóstico funcional:**

- Creencias erróneas (“dolor de espalda significa lesión estructural”, “se debe a una alteración estructural irreversible”, o “tratamientos pasivos mejores que actitudes activas propias”),
- Conductas inadecuadas (miedo y evitación, reducción exagerada del grado de actividad),
- Factores laborales (falta de apoyo en el trabajo, escasa satisfacción o conflictos laborales, litigación),
- Problemas emocionales (depresión, ansiedad, estrés, tendencia al aislamiento).

**H: Programas educativos breves:** Reforzar charla desdramatizadora con el paciente. Entregar un “Manual de la Espalda” (folleto validado de manejo activo) o dirección de Internet ([www.espalda.org](http://www.espalda.org)).

**I: Antidepresivos:** Tri o tetracíclicos, a dosis analgésicas (equivalentes a 10-25 mgs de amitriptilina cada 12 horas), esté o no depresivo el paciente. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina no tienen efecto analgésico.

**J: Opiáceos:** Preferentemente de liberación lenta y de manera pautada (no “a demanda”).

**K: Otros tratamientos para el dolor:** Opiáceos (o combinaciones farmacológicas) no incluidos en los escalones previos, eventualmente con apoyo psicológico en entornos multidisciplinarios especializados.

**L: Artrodesis:** Preferiblemente no instrumentada y sólo si se dan todos los siguientes criterios:

- El dolor es intenso e invalidante, y ha persistido durante como mínimo 2 años pese a todos los demás tratamientos (incluido el ejercicio),
- Sólo se plantea artrodesis -preferentemente no instrumentada y preferiblemente en un máximo de 2 segmentos- y no otras técnicas, como prótesis de disco, ozonoterapia, etc.

Las versiones más completas de esta Guía están disponibles en <http://dgaval.caib.es/GPC.htm> y [www.REIDE.org](http://www.REIDE.org)

## **AUTORES Y REVISORES**

### **AUTORES DE LA VERSIÓN BALEAR DE LA GUÍA COST B13**

- **Dr. D. Luis Miguel Alegre Latorre.** Ib-Salut
- **Dr. D. Kunibert Bauzá Nicolay.** Atención Primaria de Mallorca (sector Inca).
- **Dr. D. Antonio Bennasar Arbós.** Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital de Son Dureta, y Secretario de la Asociación Balear de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- **Dra. Dña. Isabel María Borrás Rosselló.** Direcció General d'Avaluació
- **Dr. D. Josep Corcoll Reixach.** Direcció General de Planificació
- **Dr. D. Lluís Espadaler Poch.** Servicio de Reumatología. Hospital de Son Dureta.
- **Dra. Dña. Carmen Fernández Fernández.** Atención Primaria de Mallorca (sector Son Dureta). Miembro del Grupo COST Español (en representación de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda).
- **Dra. Dña. María José González-Bals González.** Atención Primaria de Mallorca (sector Manacor).
- **Dr. D. Francisco Kovacs.** Vicepresidente del Comité de Gestión del Programa Europeo COST B13, y miembro del Grupo español
- **Dr. D. Javier de Pablo Marín.** Ib-Salut
- **Dr. D. José Antonio Martínez Iglesias.** Atención Primaria de Ibiza.
- **Dr. D. José Manuel Martínez Ruíz.** Servicio de Rehabilitación de Son Dureta.
- **Dra. Dña. Catalina Mateu Batle.** Atención Primaria de Mallorca (sector Son Llatzer).

- **Dr. D. Javier Olabe Jáuregui.** Servicio de Neurocirugía de Son Dureta.
- **Dr. D. Jaume Orfila Timoner.** Direcció General d'Avaluació
- **Dr. D. Juan Pérez Artigues.** Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Ib-Salut
- **Dr. D. Federico Sbert Muntaner.** Direcció General d'Avaluació
- **Dr. D. Mateu Seguí Díaz.** Atención Primaria de Menorca. Miembro del Grupo COST Español (en representación de la Sociedad Española de Medicina Rural y General).
- **Dr. D. Pablo Antonio Tobajas Ruber.** Ib-Salut

## **REVISORES DE LA VERSIÓN BALEAR DE LA GUÍA COST B13**

- **Dr. D. Santiago Alegret Crespí.** Centro de Salud de Son Gotleu. Mallorca.
- **Dr. D. Manuel Alonso Garrido.** Sección de Rehabilitación. Hospital Ca'n Misses. Ibiza.
- **Dra. Da Estela Aracho de Luna.** Servicio de Rehabilitación. Hospital Verge del Toro. Menorca.
- **Dr. D. Arturo Arenas Abad.** Centro de Salud de Muro/Marines. Mallorca.
- **Dr. D. Bartolomé Aulet Caldés.** Centro de Salud del Arenal. Mallorca.
- **Dr. D. Bartolome Barceló Gayá.** Centro de Salud de Artá Nuredduna. Mallorca.
- **Dra. D<sup>a</sup> Isabel Belarte París.** Centro de Salud de Binisalem/Es Raiguer. Mallorca.
- **Dra. D<sup>a</sup> Isabel Borràs Bosch.** Dirección Médica. Fundación Hospital de Manacor. Mallorca.

- **Dr. D. Bernadí Bou Barbosa.** Centro de Salud de Manacor. Mallorca.
- **Dr. D. Josep Bravo Ribó.** Centro de Salud de Marratxí/Muntanya. Mallorca.
- **Dr. D. Werner Adolf Brill Kremer.** Área de traumatología y cirugía ortopédica. Hospital de Manacor. Mallorca.
- **Dr. D. Francisco Cabrer Reus.** Centro de Salud Santa Catalina. Mallorca.
- **Dr. D. Miguel Caldentey Tous.** Centro de Salud del Coll d'en Rebassa. Mallorca.
- **Dr. D. Manel Carro Fresedo.** Centro de Salud de Es Trencadors. Mallorca.
- **Dr. D. Francisco Cendón González.** Centro de Salud Ca'n Misses. Ibiza.
- **Dr. D. Jaime Canet Adrover.** Mutua Balear de Accidentes de Trabajo.
- **Dr. D. Josep Cerdá Bibiloni.** Centro de Salud de Arquitecto Bennassar. Mallorca.
- **Dr. D. Abelardo Corrales Nadal.** Centro de Salud de Camp Redó. Mallorca.
- **Dr. D. Isidoro Costa Escanellas.** Centro de Salud de Formentera.
- **Dra. D<sup>a</sup> Rosa Duro Robles.** Centro de Salud de Santa María. Mallorca.
- **Dra. D<sup>a</sup> Leonor Escribano Zafra.** Centro de Salud de Andraitx. Mallorca.
- **Dra. D<sup>a</sup> Teresa Ferragut Salleras.** Servicio de Anestesia. Hospital General. Mallorca.
- **Dr. D. Eduardo Fuentes García.** Centro de Salud Santa Eulalia. Ibiza.
- **Dr. D. Damiá Fuster Nicolau.** Centro de Salud de Pollensa. Mallorca.

- **Dra. D<sup>a</sup> Cristina Gadea Ruiz.** Centro de Salud de Inca. Mallorca.
- **Dr. D. Miguel García Marco.** Centro de Salud de Sa Pobla/Torrent Sant Mique. Mallorca.
- **Dr. D. Miguel Gelabert Vidal.** Centro de Salud Es Banyer. Menorca.
- **Dr. D. Jaume Giménez Durán.** Centro de Salud de Pere Garau. Mallorca.
- **Dr. D. Rafel Ginard García.** Servicio de Traumatología. Hospital General. Mallorca.
- **Dra. D<sup>a</sup> Margalida Ginard Vanrell.** Centro de Salud de Campos/Xaloc. Mallorca.
- **Dra. D<sup>a</sup> Belén Gómez Queipo de Llano.** Centro de Salud Emili Darder. Mallorca.
- **Dr. D. Luis González Lazcano.** Centro de Salud de Alcudia/Safrá. Mallorca.
- **Dra. D<sup>a</sup> Juana González González.** Centro de Salud de S'escorxador. Mallorca.
- **Dr. D. Antonio Gutiérrez Fernández.** Centro de Salud Sineu/Es Pla. Mallorca.
- **Dr. D. Miguel Janer Beltrán.** Servicio de Traumatología. Hospital General. Mallorca.
- **Dr. D. Francisco Jiménez Martos.** Centro de Salud de Escuela Graduada. Mallorca.
- **Dr. D. Antonio Juanico Petrus.** Centro de Salud Ferreries. Menorca.
- **Dr. D. Ramiro Leal Feitó.** Centro de Salud Son Servera/Llevant. Mallorca.
- **Dra. D<sup>a</sup> Angels Llach Fernández.** Centro de Salud Dalt Sant Joan. Coordinadora EAP. Menorca.
- **Dra. D<sup>a</sup> Alicia Martínez Hermosilla.** Centro de Salud de Esporlas/Tramuntana. Mallorca.
- **Dr. D. Guillem Mas Estarás.** Centro de Salud de Soller/Serra Nort. Mallorca.

- **Dra. D<sup>a</sup> Teresa Mateu Campos.** Servicio de Rehabilitación. Hospital de Manacor. Mallorca.
- **Dra. D<sup>a</sup> Antonia Mir Pericás.** Centro de Salud Casa del Mar. Mallorca.
- **Dr. D. Carlos Montáñez Rustullet.** Centro de Salud de Rafal Nou. Mallorca.
- **Dr. D. Angel Morado Xumet.** Centro de Salud de Capdepera. Mallorca.
- **Dr. D. Luis Morant Sampol.** Centro de Salud de Felanitx. Mallorca.
- **Dra. D<sup>a</sup> Noemí Navarro Ricós.** Área de Reumatología. Hospital Verge del Toro. Menorca
- **Dr. D. Lluís Navas Casals.** Dirección de Atención Primaria. Menorca.
- **Dra. D<sup>a</sup> Francisca Oliver Ferrer.** Centro de Salud de Villafranca. Mallorca.
- **Dr. D. Manuel Otero Queterer.** Centro de Salud de Marratxi. Mallorca.
- **Dr. D. Salvador Pallejà Sedó.** Dirección asistencial. Fundación Hospital Son Llatzer. Mallorca.
- **Dra. D<sup>a</sup> Dolores Pérez Catchot.** Centro de Salud Canal Salat. Coordinadora EAP. Menorca.
- **Dra. D<sup>a</sup> Teresa Piquer Sistac.** Centro de Salud de Son Pizá. Mallorca.
- **Dr. D. Josep Pons Oleo.** Coordinación de Atención Primaria-Atención Especializada. Menorca.
- **Dr. D. Pedro del Pozo Manrique.** Servicio de Traumatología. Hospital de Manacor. Mallorca.
- **Dr. D. Ignasi Ramírez Manet.** Centro de Salud de Calviá. Mallorca.
- **Dr. D. Alfonso Ramón Bauzá.** Centro de Salud Son Serra. Mallorca.
- **Dr. D. Jaime Ripoll Sánchez.** Centro de Salud de Valldargent. Mallorca.

- **Dr. D. Miguel Rubí Jaume.** Coordinador de Aparato Locomotor del Hospital de son Dureta. Mallorca.
- **Dr. D. Tomás Rodríguez Ruiz.** Centro de Salud de Son Ferriol. Mallorca.
- **Dr. D. Rafael Salazar Vecino.** Servicio de Anestesia. Hospital General. Mallorca.
- **Dr. D. Mateo Sanguino Vidal.** Servicio de Traumatología. Hospital General. Mallorca.
- **Dr. D. Antoni Sbert Barceló.** Centro de Salud de Santany. Mallorca.
- **Dr. D. José Segador Parra.** Centro de Salud de Sant Antoni. Ibiza.
- **Dr. Bartolomé Togores Solivellas.** Servicio de Medicina Interna. Hospital Joan March. Mallorca.
- **Dra. D<sup>a</sup> Mar Sureda Barbosa.** Centro de Salud Son Cladera. Mallorca.
- **Dr. D. Ricardo Terré Alonso.** Servicio de Traumatología. Hospital Verge del Toro. Menorca.
- **Dr. D. Antoni Torres Portell.** Centro de Salud de Lluchmajor/Mitjorn. Mallorca.
- **Dr. D. Joan Tur Roselló.** Servicio de Traumatología. Hospital Ca'n Misses. Ibiza.
- **Dra. D<sup>a</sup> Ana Urruticoechea Arana.** Área de Reumatología. Hospital Ca'n Misses. Ibiza
- **Dra. D<sup>a</sup> Violeta Vega Morales.** Centro de Salud Es Viver. Ibiza.
- **Dra. D<sup>a</sup> Marta Verdaguer.** Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria. Mallorca.







**Govern  
de les Illes Balears**

Conselleria  
de Salut i Consum  
Direcció General d'Avaluació i Acreditació



Las distintas versiones de esta guía están disponibles en  
<http://dgaval.caib.es/GPC.htm> o [www.REIDE.org](http://www.REIDE.org)