

El reposo absoluto en cama en la lumbociática aguda

Carlos Rubio Villegas

Centro de Salud Plaza de Argel, Cáceres

Introducción

La ciática es un síndrome doloroso frecuente en atención primaria, que supone aproximadamente el 10% de todas las lumbalgias agudas y cuyo tratamiento es esencialmente conservador. Recomendado en el 35% a 97% de los casos (1, 2), por un periodo de al menos dos meses antes de plantearse la cirugía (3), el tratamiento conservador proporcionará mejoría al 50% de los pacientes. El reposo absoluto en cama, prescrito durante unas dos semanas y seguido de siete a diez días de movilización progresiva (3), ha sido un elemento fundamental en el tratamiento conservador de la lumbociática aguda.

De uso común en las pasadas décadas, el reposo absoluto ha proporcionado resultados dispares, buenos en unos casos (Henderson, en 1952, y Pearce, en 1967, comunicaron un 70% de resultados favorables tras dos a cuatro semanas de reposo en cama para el tratamiento de la ciática) (4, 5) y menos buenos en otros (Colonna, en 1949, informó de un 68% de mala respuesta en casos de hernia discal probada mielográficamente y tratada con reposo absoluto y tracción; en el 78% de ellos quedó dolor residual) (6).

El reposo se ha seguido prescribiendo en tiempos más recientes. Hickman (1994) y Croft (1994) sostienen que es el procedimiento más común, junto con los analgésicos, para el ataque agudo de lumbalgia y ciática. Una encuesta de opinión a 84 reumatólogos franceses sobre distintos aspectos del tratamiento de la lumbociática no

complicada en pacientes hospitalizados concluye que los esquemas terapéuticos de los distintos servicios de reumatología son heterogéneos, pero la mayoría se ajusta a una pauta que incluye el reposo en cama durante 15 días, AINE e infiltraciones raquídeas de esteroides (7). En 2000, Pattel sostenía que la recomendación actual en pacientes con radiculopatía aguda son dos o tres días de reposo en posición supina (8). Una encuesta realizada por correo a médicos americanos de diversas especialidades sobre el tratamiento que creen más eficaz para el dolor lumbar agudo con y sin ciática concluye que el reposo absoluto es percibido por la mayoría como eficaz, que son los médicos de más edad los que lo consideran más eficaz y que es más probable que se recomiende si hay ciática (9).

Sin embargo, la eficacia del reposo en cama se está cuestionando en los últimos años: una revisión de 39 estudios clínicos en los que se recomienda reposo a uno de los dos grupos de estudio en 15 situaciones clínicas diferentes (tuberculosis pulmonar, artritis reumatoide, infarto no complicado, lumbalgia aguda tras cateterismo, raquianestesia o punción lumbar, etc.) encontró que 51 variables (18 significativas) fueron peor con el reposo absoluto y 16 fueron mejor (ninguna significativa), concluyendo que el reposo en cama no proporciona beneficio en estas situaciones clínicas (10).

Son varias las revisiones que arrojan resultados negativos sobre la eficacia del reposo absoluto para la lumbalgia aguda frente a otra intervención, la no intervención o mantener al sujeto activo,

así como para el reposo prolongado, frente al de duración más corta (11-15).

Una revisión sistemática de estudios controlados que evalúan diversos tratamientos conservadores en la ciática con y sin compresión radicular concluye que hasta 1998 no se publicaron trabajos orientados a conocer la eficacia del reposo absoluto en cama como tratamiento de la compresión radicular (2).

Recientemente, en el año 2000, la Colaboración Cochrane ha hecho una revisión sistemática de la eficacia del reposo absoluto en sujetos con lumbalgia y ciática agudas (nueve estudios clínicos que comparan el reposo con mantener la actividad o con otros tratamientos y el reposo absoluto de distintas duraciones) (16, 17). Las conclusiones son que, en las variables principales (intensidad del dolor, nivel funcional, duración de la baja por enfermedad), no hay diferencia o, si la hay, es desfavorable para el reposo respecto a mantener la situación de actividad o a la fisioterapia, y que los resultados son mejores si el reposo es corto que si es de larga duración.

El objetivo de esta revisión es determinar los fundamentos científicos en torno a la eficacia o ineficacia del reposo absoluto en cama en la lumbociática aguda.

Material y método

Procedimiento de búsqueda

La búsqueda se realiza en la base de datos Medline (desde 1966 hasta enero de 2002), la base de datos de la Colaboración Cochrane (hasta enero de 2002) y en las referencias bibliográficas de trabajos relevantes (estudios y revisiones). Se utilizan las siguientes palabras clave: *bed rest, rest, conservative treatment, sciatica, low back pain, low back pain OR sciatica AND bed rest AND therapy, low back pain OR sciatica AND conservative treatment*.

Selección

Estudios clínicos publicados en lengua inglesa, realizados en sujetos adultos (mayores de 16

años), con lumbalgia aguda (de menos de un mes de evolución), con o sin irradiación del dolor a la pierna (es decir, puede haber sujetos sin irradiación pero no se excluyen los que sí la tienen) y estudios clínicos que incluyen tan sólo sujetos con ciática.

Intervenciones

Estudios clínicos con indicación de reposo absoluto de cualquier duración a uno de los dos grupos de estudio, o con indicación de reposo de diferente duración a ambos grupos.

Descripción de los estudios

Se encuentran diez trabajos (18-27), dos de ellos el mismo (19, 20), realizados en Estados Unidos (21), Canadá (19, 20) y Europa (18, 22-27). Los datos provienen del entorno de la atención primaria (1, 20, 25), de un centro de salud laboral municipal (24) y de las consultas externas de varios hospitales (18, 21-23, 26, 27).

Siete estudios incluyen pacientes con lumbalgia aguda con y sin irradiación a la pierna. Cinco de estos ensayos (19, 20, 22-24) excluyen a los pacientes que tenían síntomas neurológicos, mientras que otros dos (21, 25) los incluyen. Tres trabajos hacen una selección sólo de los pacientes con ciática (18, 26, 27) (Tabla 1).

Se compara el reposo absoluto en cama con la fisioterapia (19, 20, 24, 27), con el mantenimiento de la actividad (24-27) y con otras terapias conservadoras (22). En dos estudios (21, 23) se hace una comparación entre las distintas duraciones del reposo absoluto (Tabla 1).

Las variables que se consideraron principales para la evaluación fueron la intensidad del dolor, el grado de funcionalidad, el tiempo de recuperación y la mejoría global, los días de ausencia al trabajo y la exploración (Lassègue y flexión lumbar) (Tabla 1).

El seguimiento habitual es a corto (dos a tres semanas), medio (dos a tres meses) y largo plazo (seis a doce meses). Dos estudios hacen un seguimiento más corto: a 1, 5 y 9 días (23) y a 1, 7 y 28 días (25).

Tabla 1. Tipo de estudio, enfermedad, intervenciones realizadas y variables de resultado de cada ensayo clínico.

Estudio clínico	Tipo de estudio	Enfermedad	Intervenciones	Variables de resultado
Gilbert, 1985 Evans, 1987	Comparar dos tratamientos de LA ¹ de uso habitual	Dolor lumbosacro agudo irradiado o no a la pierna, sin síntomas neurológicos. Ausencia de dolor los 30 días previos. El 30% irradiación a una o a las dos piernas	1. RAC ² (4d) 2. Fisioterapia (flexión de espalda) y PE ³ 3. RAC + fisioterapia y PE 4. No RAC no fisioterapia/PE (control)	Lassègue ambas piernas + flexión lumbar; grado de dolor; nivel de restricción en AVD ⁴ ; grado de mejoría; tiempo de recuperación ⁵
Deyo, 1986	Comparar RAC corto y largo en seguridad, beneficios y absentismo	LA (90%) y crónica (10%) irradiada o no. Criterios de irritación radicular ⁶ en 37% del grupo 1 y 47% del 2. Análisis por separado a pacientes con irradiación	1. RAC de 2 días (periodo corto) 2. RAC de 7 días (periodo largo)	Estado funcional (nº días de falta al trabajo, de actividad limitada y hasta reanudar la normalidad en AVD); nivel de mejoría (percibida por paciente y médico); nº días con dolor; flexión dorsal y Lassègue
Postacchini, 1988	Comparar la eficacia de distintas terapias conservadoras en LA	LA o crónica no irradiada (59%) e irradiada a nalga/muslo pero sin síntomas neurológicos (41%), sin dolor en los 6 meses anteriores. Análisis por separado según irradiación o no	1. Manipulación espinal 2. Fármacos 3. Fisioterapia 4. Placebo 5. RAC (sólo agudos: 20-24 h/d/4-6 días; 15-20 h/d/2 días más) 6. Escuela de espalda (crónicos)	Subjetivas: gravedad del dolor; restricción de AVD Objetivas: flexión dorsal; Lassègue; otros
Szpalski, 1992	Evaluación objetiva de función en LA con RAC de 3 y 7 días	LA irradiada o no a pierna sin síntomas neurológicos ni hernia discal. 12% con irradiación a una o a las dos piernas, todos con TAC normal	1. RAC de 3 días 2. RAC de 7 días (evaluación objetiva de la función)	Evaluación del dolor (EVA) Evaluación funcional (Isostation B-200)
Malmivaara, 1995	Eficacia y coste de RAC, ejercicios de espalda y mantener actividad en LA	Lumbalgia aguda ≤3 semanas o exacerbación de lumbalgia crónica, irradiada o no bajo la rodilla, sin síndrome ciático ⁷	1. Mantener AVD (control): seguir rutina según dolor y evitar RAC 2. RAC de 2 días + reinicio posterior de AVD según tolerancia 3. Igual a 1 + ejercicios de espalda	Nº de días enfermo; duración, intensidad e irradiación del dolor; disfunción por lumbalgia; Días ausente del trabajo por lumbalgia; habilidad en el trabajo; Lassègue y flexión lumbar; grado de recuperación
Wilkinson, 1995	Estudio piloto: evaluar si RAC estricto es efectivo en LA	LA irradiada o no a una o dos piernas, de menos de 7 días, sin dolor los 28 días previos. Irradiación en 31% pacientes (solo en 2 bajo la rodilla)	1. RAC estricto/48 h (entre 9 h-21 h) 2. Mantenerse activo (MA) y no hacer RAC (control)	Lassègue y flexión lumbar; irradiación del dolor; disfunción por lumbago; días perdidos de trabajo en los 28 días del estudio; tasa de recuperación

Continúa



Tabla 1. Tipo de estudio, entidad clínica, intervenciones realizadas y variables de resultado de cada ensayo clínico. (Continuación.)

Estudio clínico	Tipo de estudio	Enfermedad	Intervenciones	VARIABLES de resultado
Coomes, 1961	Comparar dos tratamientos efectivos para la ciática: inyección epidural y RAC	Dolor ciático intenso no aliviado con analgésicos y obligados a RAC para aliviarlo, con signos de implicación neurológica	1. RAC (no específica tiempo) en casa/hospital 2. Inyecciones de anestesia epidural con procaína	Tasa de recuperación, en base a las variables siguientes: tiempo hasta curación ⁸ ; evolución del grado de dolor; evolución de los signos neurológicos
Vroomen, 1999	Comparar eficacia de dos semanas de RAC	LA irradiada debajo del pliegue glúteo (C) ⁹ de intensidad suficiente para justificar 2 semanas de RAC	1. RAC de 14 días en decúbito supino o lateral 2. Mantener la actividad según permita el dolor (pueden trabajar, no prohibido RAC)	Principales: mejoría global percibida por paciente y evaluador Secundarias: absentismo laboral; grado de dolor; disfunción por lumbalgia
Hofstee, 2002	Comparar eficacia de tres tratamientos en la ciática aguda	Ciática (dolor radicular con al menos uno de los siguientes signos en la misma pierna ¹⁰) de menos de 1 mes de evolución	1. RAC de 7 días (casa/hospital). Después reinicio de AVD según dolor 2. Fisioterapia 3. Continuar AVD según les permita el dolor (control)	Principales: Dolor radicular en pierna; dificultades en AVD Secundarias: fracaso del tratamiento; indicación de cirugía

¹LA: lumbalgia aguda.

²RAC: reposo absoluto en cama.

³PE: programa de ejercicios.

⁴AVD: actividades de la vida diaria.

⁵Tiempo hasta la recuperación definida como la 1ª vez que, en la evaluación médica, tanto el médico como el paciente informan de que el dolor fue ligero o la 1ª evaluación telefónica en que el paciente informa que el dolor no es más que ligero.

⁶Definido por al menos dos de los siguientes: irradiación del dolor o disminución de sensibilidad debajo de la cintura, aumento del dolor por tos o estornudos, Lassègue <60°.

⁷Definido por al menos un déficit neurológico o Lassègue <60°.

⁸Se define la curación como ausencia o levedad del dolor, Lassègue pleno o casi y capacidad para caminar normal.

⁹Definida por al menos dos de los siguientes signos: distribución radicular del dolor, aumento del dolor con tos, estornudos o esfuerzos, paresia, disminución de fuerza muscular, disminución de ROT, Lassègue+.

¹⁰Lassègue+ (>60°), debilidad muscular, alteraciones sensoriales en dermatoma o disminución de ROT cuádriceps o tríceps.

Calidad metodológica

Se asume la evaluación e la calidad metodológica realizada en la revisión Cochrane de 2000 (16, 17) (basada en cuatro criterios de validez interna) en nueve de los estudios clínicos (18-26). De éstos, seis tienen riesgo bajo de sesgo (19-21, 23, 24, 26), es decir, cumplen los cuatro criterios, y tres lo tienen alto a moderado (18, 22, 25), lo que significa que, uno o más criterios son inciertos o no se cumplen. Un estudio (27) no incluido en la mencionada revisión cumple los cuatro criterios de validez interna.

Exclusiones

Se descartaron dos estudios (28, 29) porque no incluyeron pacientes con irradiación del dolor a la pierna, síntomas neurológicos o Lasegue positivo

y otro más (30), realizado en pacientes con ciática, porque a ambos grupos se les asignó reposo absoluto de duración y características iguales, por lo que no se pudo comparar su eficacia.

Resultados

Intensidad del dolor

(variable registrada en nueve estudios)

En el grupo que sigue reposo absoluto el alivio del dolor es más lento que en el que mantiene la actividad a medio plazo (12 semanas) (24), mucho más lento que con la anestesia epidural (18) y menos eficaz que la fisioterapia y la manipulación espinal a corto plazo (tres semanas) (22). No hay diferencia con respecto al grupo que se mantiene

Tabla 2. Resultados de la variable de intensidad del dolor.

Gilbert/Evans, 1985-1987	No diferencia en intensidad del dolor entre los cuatro grupos en evaluación a los 10 días, a las 6 y a las 12 semanas y al año
Deyo, 1986	No diferencia en intensidad del dolor entre el grupo de 2 días de RAC ¹ y el de 7 días a las 3 y a las 12 semanas. No perjuicio en evolución posterior de la lumbalgia aguda y ciática en el grupo de RAC corto
Postacchini, 1988	Combinada ²
Szpalski, 1992	No diferencia en intensidad de dolor entre el grupo de 3 días y el de 7 con RAC, 2 días después de acabar el tratamiento. Mejoría en los dos grupos entre la 1ª y la 2ª evaluación ($p < 0,001$)
Malmivaara, 1995	A medio plazo (12 semanas), el grupo de RAC se recupera más lento que el grupo control en intensidad del dolor y nº de días enfermo. No hay diferencia en estos parámetros a corto plazo (3 semanas)
Coomes, 1961	Alivio del dolor mucho más lento en el grupo de RAC que en el de anestesia epidural ($p < 0,001$; muy significativo e improbable su ocurrencia casual)
Vroomen, 1999	No diferencia en el grado de dolor lumbar o de pierna a las 2 y a las 12 semanas
Hofstee, 2002	No diferencia en mejoría del dolor radicular entre los tres grupos al primer mes, a los 2 y a los 6 meses (aunque VAPS algo mayor en grupo de RAC frente a los otros 2 grupos)

¹ Reposo absoluto en cama.

² Estudia la eficacia de cinco terapias conservadoras, en evaluación combinada de variables que incluye el grado de dolor. En sujetos con lumbalgia aguda irradiada, no difieren en eficacia a los 2 y los 6 meses. A las 3 semanas, la fisioterapia y la manipulación espinal muestran una ligera superioridad frente a los demás.

Tabla 3. Resultados de la variable de nivel funcional.

Gilbert/Evans, 1985-1987	Mayor restricción de las AVD en los dos grupos con RAC y más tiempo hasta recuperar actividad normal en grupo RAC en autorregistro/10 d, pero no diferencia entre los cuatro grupos a las 6 y a las 12 semanas y al año.
Deyo, 1986	No diferencia en evolución del estado funcional (días de actividad limitada ni tiempo de retorno a la normalidad de las AVD) a las 3 semanas y a los 3 meses
Postacchini, 1988	Evaluación combinada (ver Tabla 2)
Szpalski, 1992	No diferencia en evaluación funcional (variables del Isostation B-200) entre grupos. Mejoría en los dos grupos entre la 1ª y la 2ª evaluación en dichas variables ($p < 0,001$)
Malmivaara, 1995	Mejor estado funcional a las 12 semanas en el grupo control que en el de RAC, sin diferencia entre grupos a las 3 semanas
Wilkinson, 1995	No diferencia en los dos índices de estado funcional (Oswestry y R. Morris) entre grupos al primer día (si se excluyen sujetos con dolor de menos de 24 horas) y a los 7 y a los 28 días respecto al día 1. Mejor puntuación en R. Morris en grupo de RAC en 28 días respecto de 7 d ($p < 0,05$): el grupo de RAC mejora más rápido después de 7 días hasta igualarse con el grupo control en estado funcional al mes
Vroomen, 1999	No hay diferencia en estado funcional a las 3 y a las 12 semanas.
Hofstee, 2002	No diferencia en dificultades para las AVD entre los tres grupos al primer mes, a los 2 y a los 6 meses (aunque AVD algo menor en grupo de RAC frente a los otros dos grupos)

activo a corto (19, 20, 24, 26, 27) y medio plazo (19, 20, 26, 27), ni respecto al que recibe fisioterapia (19, 20, 22, 27) o los sometidos a otras terapias conservadoras a medio y largo plazo (22). No se observan diferencias entre los grupos de reposo absoluto de distinta duración (21, 23) (Tabla 2).

Nivel funcional (en nueve estudios)

Se observa una actividad diaria más restringida en el grupo de reposo absoluto que en el que mantiene la actividad durante el primer mes (19, 20) y a las 12 semanas (24), así como con respecto a los que reciben fisioterapia y manipulación espinal a corto plazo (22). Los resultados son similares al grupo que mantiene la actividad a corto (19, 20, 24-27), medio (19, 20, 25-27) y largo plazo (19, 20, 22) y al grupo de fisioterapia (19, 20, 27). No hay dife-

rencia en ninguna de las evaluaciones entre el reposo de corta y larga duración (21, 23) (Tabla 3).

Tiempo hasta la recuperación (en cuatro estudios)

En dos trabajos (19, 20) no hay diferencias entre los cuatro grupos. La recuperación es más lenta en el grupo de reposo que en el que mantiene la actividad diaria (24) y mucho más lenta que aplicando inyección epidural (18) (Tabla 4).

Mejoría global (en cuatro estudios)

No hay diferencia entre el reposo de dos a tres días y el de siete días, ni entre reposar y seguir con la actividad (19, 20, 26) o recibir fisioterapia (19, 20) (Tabla 4).

Tabla 4. Resultados de las variables de tiempo hasta la recuperación y mejoría global.

Gilbert/Evans, 1985-1987	No diferencia entre los cuatro grupos en tiempo de recuperación (mediana de tiempo de recuperación en los cuatro grupos: 14 días). No diferencia en grado de mejoría
Deyo, 1986	No diferencia en grado de mejoría (percibida por paciente y médico) a las 3 y a las 12 semanas (autopercibida)
Malmivaara, 1995	Recuperación (combinación de resultados de otras variables: intensidad del dolor y nº de días enfermo) más lenta a corto y medio plazo (3 y 12 semanas) en RAC que en control
Coomes, 1995	Medias de recuperación grupo RAC / grupo de epidural: 31 d / 11 d, $p < 0,001$
Vroomen, 1999	No diferencia entre grupos de estudio en mejoría global percibida por paciente e investigador a las 2 y a las 12 semanas

Días de baja laboral y habilidad en el trabajo (en cuatro estudios)

No hay diferencia en cuanto al número de días de trabajo perdidos (25, 26) y sí un mayor número de días en reposo y una menor habilidad en el trabajo a corto y medio plazo (24) en el grupo de reposo que en el que se mantiene activo. Hubo menos días de ausencia al trabajo en el grupo de reposo absoluto durante dos días que en el de siete días en la evaluación a corto plazo, y no se apreciaron diferencias a medio plazo (21) (Tabla 5).

Lassègue y flexión lumbar (en seis estudios)

No hubo diferencias entre el grupo de reposo absoluto y los grupos de no intervención (19, 20) y mantenimiento de la actividad (24, 26). Tampoco las hubo entre el reposo absoluto durante dos y siete días (21). El resultado de la flexión lumbar al cabo de 3 y 12 semanas fue mejor en el grupo control (24), el de Lassègue en el grupo de anestesia epidural (18) y el de ambas exploraciones en otras dos terapias conservadoras que en el grupo de reposo en cama (22) (Tabla 6).

Tabla 5. Resultados de la variable de días de baja laboral.

Deyo, 1986	Tres semanas: grupo de RAC de 2 días, menos días de ausencia al trabajo: 2,5 días menos por episodio (-3,1 / 5,6, $p=0,01$) en el subgrupo de pacientes empleados (una disminución del 45% en días de trabajo perdidos). El subgrupo de cumplidores con la prescripción muestra 3,9 días menos de ausencia por episodio en el grupo de RAC de 2 días Tres meses: no diferencia entre los dos grupos en el nº de días adicionales de baja
Malmivaara, 1995	Tres semanas: menor duración de la ausencia al trabajo por enfermedad y mayor habilidad en el trabajo en el grupo control que en el de RAC. Menor porcentaje de sujetos fuera del trabajo a 1 y 2 semanas en grupo control que en grupo de RAC ($p=0,01$ y $p=0,002$, respectivamente) Doce semanas: menos días enfermo y mayor habilidad en el trabajo en el grupo control, aunque ninguno seguía de baja a las 12 semanas
Wilkinson, 1995	Días perdidos de trabajo en los 28 días del estudio: sin diferencia significativa entre grupos
Vroomen, 1999	No diferencia en nº de días perdidos de trabajo entre grupos a las 2, a las 3 y a las 12 semanas

Tabla 6. Resultados de la variable de días de baja laboral.

Gilbert/Evans, 1985-1987	No diferencia entre los cuatro grupos en Lassègue ni flexión lumbar
Deyo, 1986	No diferencia en Lassègue ni en flexión lumbar entre los grupos de 2 y 7 días de RAC a las 3 semanas
Postacchini, 1988	Combinada (ver Tabla 2)
Malmivaara, 1995	Mejor flexión lumbar a 3 y 12 semanas en grupo control. No diferencia significativa en Lassègue
Wilkinson, 1995	Lassègue y flexión lumbar sin diferencia significativa al primer día, a los 7 y a los 28 días
Coomes, 1961	Evaluación semanal de Lassègue. Evaluación de síntomas neurológicos (antes de finalizar): mayor mejoría en grupo de epidural (en 12/20 de epidural, frente a 5/20 de RAC, los signos neurológicos han disminuido cuando el sujeto estaba sin dolor)

Conclusiones

Lumbalgia aguda con y sin irradiación del dolor a la pierna

En tres estudios de alta calidad metodológica (19, 20, 24) y otros dos de baja calidad (22, 25) no se observaron beneficios o el resultado fue peor, en todas las variables, con el reposo que continuando con la actividad o sin intervención (19, 20, 24, 25), con fisioterapia (19, 20, 24) o con otras terapias conservadoras (22). Dos ensayos de alta calidad metodológica (21, 23) confirman que, en la evaluación a corto plazo, es menor el número de días de ausencia al trabajo y que no hay diferencias en cuanto al dolor, el grado de funcionalidad y el resto de variables, entre el reposo absoluto de dos días y el de siete (21).

Ciática aguda

La certeza acumulada sobre la eficacia del reposo en la ciática aguda es menor por ser sólo tres los ensayos que lo evalúan (dos de ellos de alta calidad metodológica y uno de baja calidad). En los dos de alta calidad no hay diferencia con mantener la actividad en las variables de dolor, nivel funcional (26, 27), días de trabajo perdidos y mejoría global (26). Un estudio de baja calidad muestra una recu-

peración muy significativamente menor en el grupo de reposo absoluto frente al grupo de inyección epidural (18).

Considerando la clasificación por grados de certeza propuesta por Van Tulder (14) (certeza fuerte: muchos estudios clínicos relevantes de alta calidad; certeza moderada: un estudio relevante de alta calidad y uno o más de baja calidad metodológica; certeza limitada: un estudio relevante de alta calidad o múltiples de baja calidad metodológica; ausencia de certeza: un estudio clínico relevante de baja calidad, ausencia de ensayos relevantes o ensayos de resultados contradictorios), se puede concluir lo siguiente sobre la eficacia del reposo absoluto en cama en la lumbociática aguda:

- Hay certeza fuerte –tres estudios de alta calidad metodológica (19, 20, 24) y uno de baja calidad (25)– de que el reposo absoluto no aporta beneficio sobre el mantenimiento de la actividad en sujetos con lumbalgia, irradiada o no a la pierna.
- Hay certeza moderada –dos ensayos de alta calidad (21, 23)– de la ausencia de beneficio del reposo absoluto de tiempo prolongado (siete días) frente al de corta duración (dos a tres días) en sujetos con lumbalgia, irradiada o no a la pierna, así como de que el reposo absoluto no aporta beneficios sobre el mantenimiento de la situación de actividad en sujetos con

ciática aguda –dos estudios de alta calidad metodológica (26, 27)–.

- Hay certeza moderada de la ausencia de beneficio del reposo absoluto frente a la fisioterapia en sujetos con lumbalgia aguda con y sin irradiación del dolor a la pierna –dos estudios clínicos de alta calidad (19, 20) y uno de baja calidad metodológica (22)–.
- Es limitada la certeza de que el absentismo laboral es mayor en sujetos sometidos a reposo absoluto prolongado (siete días) y de que el reposo absoluto corto (dos días) no comporta un perjuicio en la lumbalgia aguda con y sin irradiación –un estudio de alta calidad (21)–. También es limitada la certeza de que el reposo en cama no es mejor que la fisioterapia en sujetos con ciática aguda –un estudio de alta calidad metodológica (27)–.
- Por último, no hay certeza alguna del beneficio del reposo absoluto frente a otras terapias conservadoras en sujetos con lumbalgia aguda irradiada –un estudio de baja calidad (22)–, ni de que el resultado sea peor en el grupo de reposo absoluto frente al que es asignado a inyección epidural en sujetos con ciática aguda –un estudio de baja calidad (18)–.

Certeza de la eficacia del reposo absoluto en la ciática aguda

El reposo absoluto no presenta beneficios frente al mantenimiento de la actividad del paciente –dos estudios de alta calidad (26, 27): certeza moderada– ni frente a la fisioterapia –un estudio de alta calidad (27): certeza limitada–.

El resultado es peor con reposo en cama que con inyección epidural –un estudio de baja calidad metodológica (18): ausencia de certeza–.

Certeza de la eficacia del reposo absoluto en la lumbalgia aguda con y sin irradiación del dolor a la pierna

El reposo no es más beneficioso que mantener la actividad o no intervenir –tres estudios de alta (19, 20, 24) y uno de baja calidad (25): certeza fuerte–.

El reposo no es mejor que la fisioterapia –dos estudios de alta (19, 20) y uno de baja calidad (22): certeza moderada–.

El reposo no es mejor que otras terapias conservadoras –un estudio de baja calidad (22): certeza nula–.

El reposo prolongado no es más beneficioso (siete días) que el corto (dos a tres días) en cuanto a dolor y grado funcional –dos estudios de alta calidad (21, 23): certeza moderada–.

El reposo corto no comporta perjuicio demostrable y es significativo el incremento del absentismo laboral asociado al reposo de más larga duración –un estudio de alta calidad (21): certeza limitada–.

Bibliografía

1. Saal JA, et al. Nonoperative treatment of herniated lumbar intervertebral disk with radiculopathy. *Spine* 1989;14(4):431-7.
2. Vroomem PC, de Krom MC, Slofstra PD, Knottnerus JA. Conservative treatment of sciatica: a systematic review. *J Spinal Disord* 2000;13(6):463-9.
3. Bell GR, Rothman RH. The conservative treatment of sciatica. *Spine* 1984;9(1):54-6.
4. Henderson RS. The treatment of lumbar intervertebral disk protrusion. An assessment of conservative measures. *BMJ* 1952;597-8.
5. Pearce J, Moll JMH. Conservative treatment and natural history of acute lumbar disk lesion. *J Neuro Neurosurg Psychiat* 1967;(30):13-7.
6. Colonna PC, Friedenber ZD. The disk syndrome. Results of the conservative care of patients with positive myelograms. *J Bone Joint Surg* 1949;(31A):614-8.
7. Legrand E, Rozenberg S, Pascaretti C, Blotman F, Audran M, Vala JP. Inhospital management of common lumbosciatic syndrome. An opinion survey among French rheumatologists. *Rev Rhum Engl Ed* 1998;65(7-9):483-8.
8. Patel AT, Ogle AA. Diagnosis of management of acute low back pain. *Am Fam Physician* 2000;61(6):1779-86.
9. Cherkin DC, Deyo RA, Wheeler K, Cio MA. Physician views about treating low back pain. The results of national survey. *Spine* 1995;20(1):1-9.
10. Allen C, Glasziou P, Del Mar C. Bed rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation. *Lancet* 1999;354(9186):1229-33.

11. Waddel G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine* 1987;12(7):632-44.
12. Koes BW, van den Hoogen HMM. Efficacy of bed rest and orthoses of low back pain. A review of randomized clinical trials. *Eur J Phys Med Rehabil* 1994; 4(3):86-93.
13. Waddel G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1997;47(423):647-52.
14. Van Tulder MW, Koes BW, Boute LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997; 22(18):2128-56.
15. Van Tulder MW. Treatment of low back pain: myths and facts. *Schmerz* 2001;15(6):499-503.
16. Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD001254.
17. Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem MF. The Cochrane review of bed rest for acute low back pain and sciatica. *Spine* 2000;(22):2932-9.
18. Coomes EN, et al. A comparison between epidural anaesthesia and bed rest in sciatica. *BMJ* 1961;1:20-4.
19. Gilbert JR, Taylor DW, Hildebrand A, Evans C. Clinical trial of common treatments for low back pain in family practice. *BMJ* 1985;291:791-4.
20. Evans C, Gilbert JR, Taylor W, Hildebrand A. A randomized controlled trial of flexion exercises, education and bed rest for patients with acute low back pain. *Physiotherapy Canada* 1987;39(2):96-101.
21. Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M. How many days of bed rest for acute low back pain? *N Engl J Med* 1986; 315(17):1064-70.
22. Postacchini F, Facchini M, Palieri P. Efficacy of various forms of conservative treatment in low back pain. *Neuro-Orthopedics* 1988;6:28-35.
23. Szpalski M, Hayez JP. How many days of bed rest for acute low back pain? Objective assessment of trunk function. *Eur Spine J* 1992;1:29-31.
24. Malmivaara A, Hakkinen U, Aro T, Heinrichs ML, Koskeniemi L, Kuosma E, et al. The treatment of acute low back pain-bed rest, exercises or ordinary activity? *N Engl J Med* 1995;332(6):351-5.
25. Wilkinson MJ. Does 48 hours' bed rest influence the outcome of acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1995; 45(398):481-4.
26. Vroomen PC, de Krom MC, Wilmink JT, Kester AD, Knottneerus J. Lack of effectiveness of bed rest for sciatica. *N Engl J Med* 1999;340(6):418-23.
27. Hofstee DJ, Gijtenbeek JM, Hoogland PH, van Houwelingen HC, Kloet A, Lotters F, et al. Westeinde sciatica trial: randomized controlled study of bed rest and physiotherapy for acute sciatica. *J Neurosurg* 2002;96(Suppl 1):45-9.
28. Wiesel SW, Cuckler JM, Deluca F, Jones F, Zeide MS, Rothman RJ. Acute low back pain. An objective analysis of conservative therapy. *Spine* 1980;5(4):324-30.
29. Reavis C. Back injury in primary care: three sides of the coin. *Nurse Pract Forum* 1999; 10(4):208-12.
30. Pal B, Mangion P, Hossain MA, Diffey BL. A controlled trial of continuous lumbar traction in the treatment of back pain and sciatica. *Br J Rheumatol* 1986;25:181-3.