I. DEFINICION.

II. FORMAS CLÍNICAS.

III. PRUEBAS DIAGNOSTICAS.

IV. ¿Qué TRATAMIENTOS EMPLEAR?

a. lumbalgia/ciatalgia aguda.

b. Lumbalgia/ciatalgia crónica.

V. ALGORITMO DE MANEJO.

VI. ANEXOS:

a. Higiene postural.

b. Estiramientos C. Lumbar.

c. Ejercicios C. lumbar

VII. REFERENCIAS.

I. DEFINICIÓN:

La lumbalgia es un síndrome que se define por la presencia de dolor en la región vertebral o paravertebral lumbar y que se acompaña, frecuentemente, de dolor irradiado o referido. Hay que tener presente que la lumbalgia no es un diagnóstico ni una enfermedad sino un síntoma que se puede deber a múltiples enfermedades.

En líneas generales cerca del 90% de las lumbalgias responden a una lumbalgia mecánica con origen en las estructuras vertebrales y paravertebrales de la columna lumbar. En su mayoría no puede ser identificada la causa , es inespecífica 70%. Desde el punto de vista clínico hablamos de lumbalgias mecánicas (con dolor a la movilización, que mejora con el reposo, que puede ser debida a: alteraciones estructurales y/o sobrecarga funcional y postural), y las lumbalgias no mecánicas (con dolor constante, no cede con el reposo, con origen neoplásico, infeccioso, inflamatorio,...)

LUMBALGIA MECANICA 97%		LUMBALGIA NO MECANICA 1%		ENFERMEDAD SISTEMICA 2%
L. inespecífica	70%	Cancer	0,7%	Enf. visceral
Degeneración discal	10%	Infección	0,01%	Enfermedad renal
Hernia discal	4%	Artritis inflamatoria	0,3%	Aneurisma de Aorta
Estenosis de canal	3%			Enf. gastrointestinal
Fractura osteoporótica	4%			
Espondilolistesis	2%			
Fractura	1%			
Enf. congénita	1%			

El estudio Quebec reunió a expertos de todo el mundo en torno al tema de las lumbalgias, para llegar a consenso, tras revisión de la literatura mundial y la evaluación de las discusiones de los equipos multidisciplinares, llegando a las implicaciones que podemos resumir en tres apartados:

- Es conocido que la mayoría de los pacientes que presentan dolor lumbar no muestran una verdadera alteración estructural.
- La mayoría de los síntomas de dolor lumbar son limitados en el tiempo y se resuelven de manera favorable. Dillane encontró que los pacientes afectos de

lumbalgia se encontraban bien en una semana el 44% de casos, al mes en un 92% y tan sólo el 6% tenían un dolor lumbar de más de dos meses.

- Beneficio limitado de las exploraciones para determinar el diagnóstico de la mayoría de los pacientes. El dato de mayor valor es la descripción que hacen los pacientes de su dolor y su localización.

II. FORMAS CLINICAS:

En el manejo inicial desde atención primaria adoptaremos la denominación clásica de lumbalgia aguda o crónica estableciendo el límite en las 12 semanas de inicio del cuadro (aguda < 12 semanas < crónica). Para agilización de pacientes con determinados datos de alarma (banderas rojas) hablamos de "lumbalgia sospechosas" aquellas que por sus características clínicas precisan de un manejo más estricto, aunque no por ello precisen ser valorados por el especialista de entrada:

LUMBALGIA SOSPECHOSA
- Paciente < 20 años o mayor de 55, en su primer episodio.
- Dolor no mecánico. (Constante incluso en reposo).
- Fiebre.
- Historia de cáncer.
- Tratamiento con esteroides.
- HIV.
- Perdida de peso/sdr. constitucional.
- Síntomas o signos neurológicos.
Derivación urgente:
- incontinencia de esfínteres.
- alteraciones de la marcha.
- síndrome de la "cola de caballo".

Con intención de la derivación de los pacientes por lumbalgia hemos establecido 10 categorías basandonos en la historia clínica, la exploración y la respuesta al tratamiento. Esta pretende ser una orientación de cara a realizar una derivación correcta del paciente al especialista adecuado con la mayor agilidad. Así hemos clasificado:

1. Categoría 1. Dolor lumbar sin irradiación más allá del glúteo. La mayoría de los casos.
2. Categoría 2. Dolor lumbar con irradiación proximal. Su origen más habitual en las estructuras del caquis.
3. Categoría 3. Dolor lumbar con irradiación distal sin signos neurológicos. Origen radicular.
4. Categoría 4. Dolor lumbar con síndrome radicular asociado (alteración motora de deteminados grupos musculares, alteración de reflejos,...)
5. Categoría 5. Dolor lumbar con datos de presunción de compresión radicular basados en estudios Rx. En caso de fracturas, infecciones, neoplasias, listesis vertebral,...
6. Categoría 6. Dolor lumbar con datos de compresión radicular con técnicas de imagen (TAC, RMN).
7. Categoría 7. Dolor lumbar con clínica de Estenosis de canal: paciente >50 años, dolor de aumento progresivo diurno, en una o ambas piernas, parestesias que se desencadenan y que aumentan con la marcha.
8. Categoría 8. Dolor lumbar postquirúrgico.
9. Categoría 9. Dolor lumbar crónico descartadas patologías tratables.
10. Categoría 10. Otros: dolor lumbar por metastasis, dolor visceral,...

III. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.

Los estudios de laboratorio están indicados para descartar enfermedad sistémica, proceso tumoral o infeccioso, o patología reumática.

El principal objetivo del estudio radiológico es detectar importantes alteraciones estructurales; no se recomienda su realización durante el primer mes de síntomas en ausencia de signos de alarma. En todo paciente que consulta con el servicio de referencia ha de aportarse radiografías en dos proyecciones (anteroposterior y lateral); rara vez se indican de manera rutinaria las proyecciones oblicuas. Existen hallazgos con cuestionable significación clínica y su relación con el dolor lumbar, estos son: irregularidad del espacio discal, espondilolisis, lumbarización o sacralización, nódulos de Smorl, espina bífida oculta, calcificación discal y la escoliosis media o moderada.

Los estudios diagnósticos TAC y RMN generalmente no son útiles en las lumbalgias y lumbociatalgias agudas, salvo que consideremos la posibilidad de cirugía, de procesos neoplásicos o infecciosos. Podemos adoptar:

a. Indicaciones de TAC en lumbalgias.

- Valoración preoperatoria.
- Traumatismo agudo.
- Seguimiento de fracturas.
- Valoración postoperatoria.
- Contraindicaciones de la RMN.

b. Indicaciones de la RMN.

- Valoración preoperatoria.
- Radiculopatía refractaria.
- Déficit focal motor.
- Mielopatía.
- Sospecha de metástasis.
- Tumores.
- Osteomielitis.
- Discitis.

Los estudios electromiográficos indicada su realización ante la existencia de déficit neurológico, y ante dudas diagnósticas de cara a un planteamiento quirúrgico, es innecesario si el diagnóstico de radiculopatía es obvio. Nunca en procesos agudos, salvo en caso de síndrome de cola de caballo si fuese precisa.

IV. ¿QUÉ TRATAMIENTOS EMPLEAR?

a. Lumbalgia-ciatalgia aguda.

- Analgésicos, son eficaces aunque no son más efectivos que los AINEs.
- AINEs, son más efectivos que el placebo en pacientes con lumbalgia, aunque no en los que tienen ciatalgia. Son igual de efectivos que los analgésicos, y varios AINEs: piroxicam, ibuprofen, diclofenaco, felbinaco,…. son igual de efectivos.
- Relajantes musculares, existe evidencia de su efectividad mayor que el placebo, los diferentes tipos de relajantes son igual de efectivos.
- Inyecciones epidurales de esteroides, existe limitada evidencia de su efectividad en lumbalgias agudas, con ciatalgia y con déficit neurológico.
- Reposo en cama, la evidencia es importante de que no está indicado realizar reposo, salvo enlos primeros 2-4 días en que el dolor puede ser severo o invalidante. Incorporación precoz a su actividad habitual.
- Ejercicios, no existe evidencia de su efectividad en la lumbalgia aguda.
- Escuela de la Espalda, no tiene utilidad en el dolor lumbar agudo. Valorar su aplicación en pacientes con riesgo de cronicidad:

FACTORES DE RIESGO PARA CRONICIDAD
- Historia previa de dolor lumbar.
- Sin actividad laboral en los últimos 12 meses.
- Ciatalgia.
- Signos de afectación radicular.
- Lassegue a escasos grados.
- Atrofia muscular paravertebral y endurance.
- Forma física mala.
- Mal estado general.
- Fumadores.
- Problemas psicológicos de base.
- Bajo grado de satisfacción laboral.
- Problemas personales: alcohol, financieros, matrimoniales,…
- Procesos judiciales de base: contenciosos, jubilaciones,…
- Desproporcionado sentimiento de enfermedad.

- Manipulación, existe evidencia limitada de que es más efectivo que el placebo, aunque no existe evidencia de que sea más efectivo que el masaje, la diatermia, los analgésicos o los AINEs, resultados contradictorios.
- TENs (Electroestimulación Nerviosa Transcutánea), no existe evidencia.
- Tracción, resultados contradictorios.
- Terapia Conductual, acupuntura,… no existen ensayos clínicos de calidad.

b. Lumbalgia-ciatalgia crónica.

- Analgésicos, existen evidencias moderadas de su utilidad.
- Relajantes musculares, existen evidencias limitadas de su utilidad.
- Antidepresivos, existen moderadas evidencias de su ineficacia en el dolor lumbar crónico pese a lo que podríamos pensar.
- AINEs, existe moderada evidencia de su utilidad y evidencia importante de que varios AINEs: piroxicam, indometacina, ibuprofeno, diclofenaco, ketoprofeno, naproxeno,… son igual de efectivos.
- Infiltraciones epidurales, comparado con placebo existen evidencias moderadas de su eficacia en estudios a corto plazo; no existen evidencias de mayor efectividad cuando infiltramos esteroides frente a anestésicos locales, o relajantes musculares. Algunos trabajos apoyan su utilidad en la Estenosis de Canal.
- Manipulación, existe evidencia importante de su efectividad, aunque existe moderada evidencia de que la manipulación sea más efectiva que el resto de tratamientos habituales: reposo temporal, analgésicos, y masaje.
- Escuela de la Espalda, hay evidencia importante de su efectividad, aunque la evidencia es limitada en cuanto a que tipo de escuela es más efectiva.

INDICACIONES DE ESCUELA DE LA ESPALDA.

- Lumbalgia crónica (> 6 meses).
- Lumbociatalgia crónica (>6 meses).
- Episodios de lumbalgia recurrentes.
- “Provider discretion”.

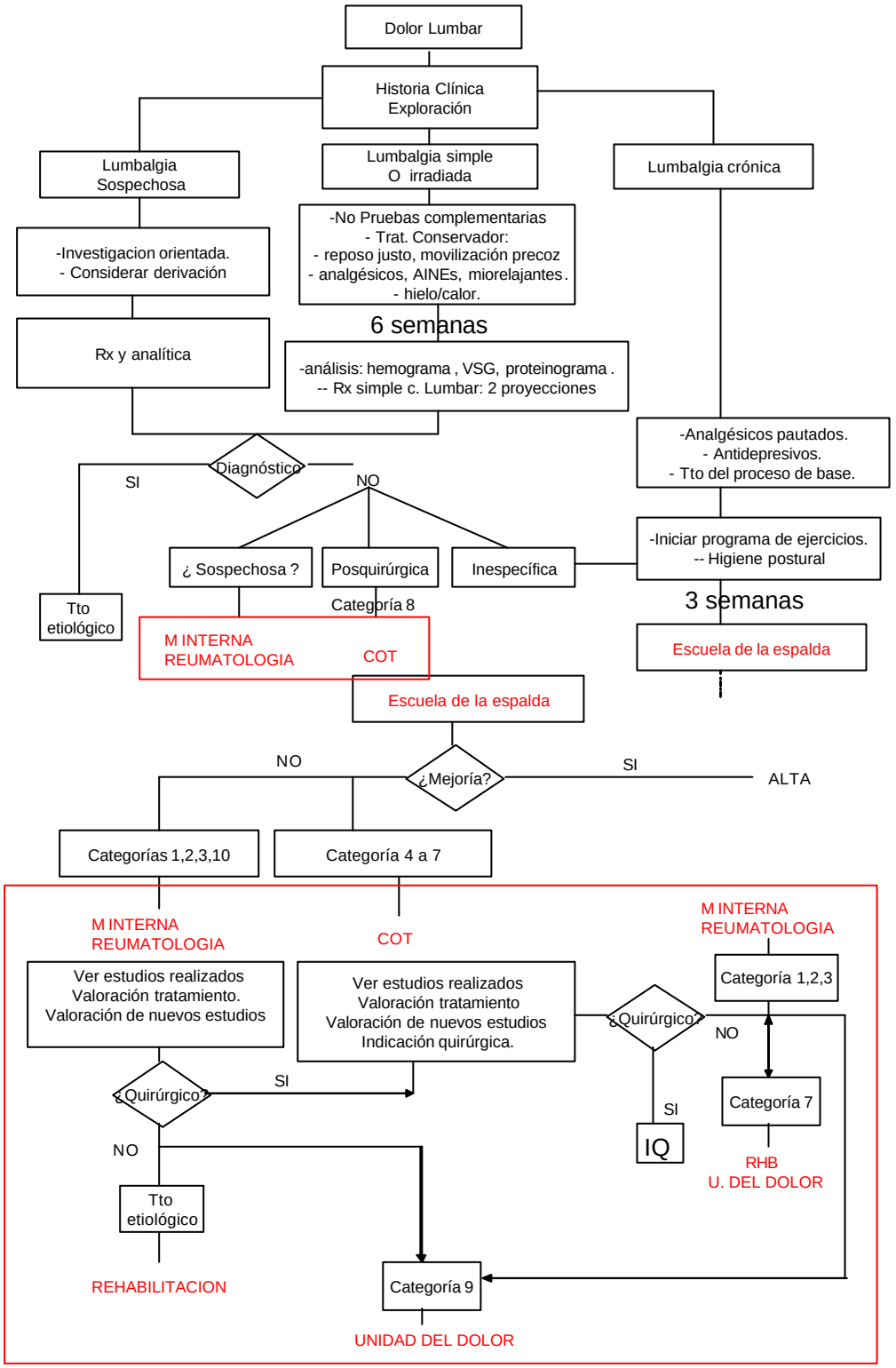
- Ejercicios, existe evidencia importante de su efectividad en los procesos crónicos, pero no hay evidencia a favor de unos ejercicios frente a otros.

- Tracción, no parece efectiva en el dolor crónico.
- Ortesis, no existen trabajos metodológicamente correctos para avalar su utilidad o ineficacia, aunque la práctica cotidiana muestra que el uso intermitente de ortesis emballenadas para paseos largos, trayectos en coche y tareas profesionales reduce el número de días de dolor durante los episodios de recurrencia.
- Terapia conductual, limitadas evidencias de su utilidad.
- TENs, Acupuntura,…sin evidencias de su utilidad, resultados en ocasiones contradictorios.

MODALIDAD DE TRATAMIENTO	DOLOR LUMBAR AGUDO		DOLOR LUMBAR CRONICO	
	Eficacia	Evidencia	Eficacia	Evidencia
Reposo	No	Importante	No	Importante
Ejercicio	No	Importante	Sí	Importante
Analgésicos	Sí	Importante	Sí	Moderada
AINEs	Sí	Importante	Sí	Moderada
Relajantes musculares	Sí	Importante	Sí	Limitada
Antidepresivos	No	Limitada	No	Moderada
Manipulación	Sí	Limitada	Sí	Importante
Inyecciones epidurales	Sí	Limitada	Sí	Moderada
Infiltraciones locales	¿?	Nula	¿?	Nula
TENs	¿?	Nula	¿?	Nula
Terapia conductual	¿?	Nula	Sí	Limitada
Escuela de la Espalda	¿?	Nula	Sí	Importante
Tracción	¿?	Nula	No	Moderada
Ortesis	¿?	Nula	¿?	Nula
Acupuntura	¿?	Nula	¿?	Nula
Programas de recuperacion funcional	-	-	Sí	Moderada

Hemos hablado de evidencia limitada basándonos en resultados confusos de escasos estudios aleatorizados controlados y de baja calidad.

VI. ALGORITMO DE MANEJO.



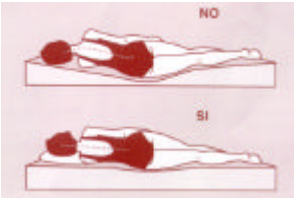
ANEXOS

HOSPITAL DA COSTA
C/. Rafael Vior, s/n.
Teléfono: 982 58 99 00
27880 BURELA (Lugo)

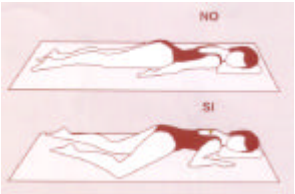
HIGIENE POSTURAL

1. RAQUIS. COLUMNA LUMBAR.

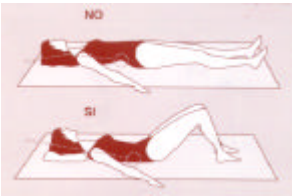
a/ acostado.



Si duerme de lado, apoyando el hombro, la almohada debe ser gruesa para mantener el cuello recto.

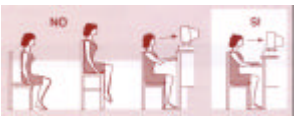


Si duerme poca abajo, si duerme girado hacia el dado drch. debe flexionar la cadera y rodilla derecha. Cuello con almohada recto.



Si duerme boca arriba, flexione las rodillas colocando una almohada debajo, de esta manera descansa mejor la zona lumbar.

b/ sentado.



Apoyar la espalda al respaldo, apoyar los pies en el suelo completamente, con las rodillas a la altura de las caderas. Cuantas más veces cambie de postura mejor. Emplear atril si necesita leer un libro.

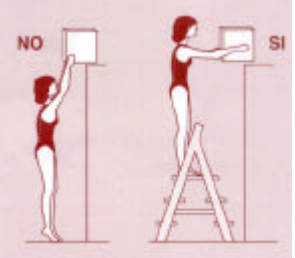
Evite zapatos de tacón y los zapatos planos, un tacón de 2-3 cm es lo adecuado.

c/ de pie .

Si está tiempo de pie, cambie de postura frecuentemente

Si tiene que inclinarse, flexiones siempre las rodillas. Evite doblar la espalda hacia delante.

Evitar coger pesos, si esto no es posible: coja el peso doblando las rodillas, levántese estirando las piernas y manteniendo la espalda recta, transporte la carga lo más pegada al cuerpo.



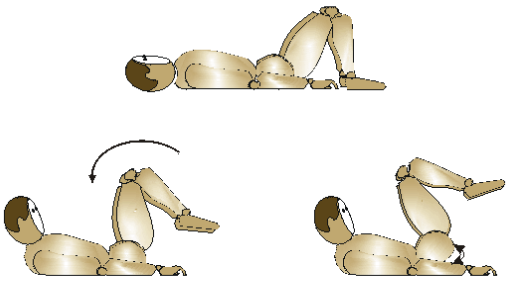
Levante la carga tan sólo hasta la altura del pecho con los codos flexionados, si debe ponerla más alta subase a una escalera.

HOSPITAL DA COSTA
C/. Rafael Vior, s/n.
Teléfono: 982 58 99 00
27880 BURELA (Lugo)

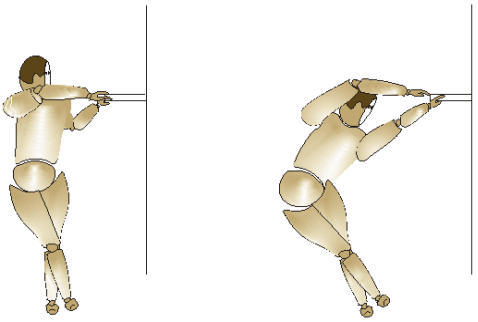
ESTIRAMIENTOS DORSOLUMBARE

- **Hacer 3 series de cada tipo de ejercicio** con el número de repeticiones que pueda en cada una de ellas. Hacer menos de 2 series es prácticamente inútil.. A medida que le vaya siendo más fácil completar las series, aumente el número de repeticiones en cada una de ellas, pero siga haciendo el mismo número de series.+**Descansar entre una serie y otra, como mínimo lo mismo que tarde en hacer una. ORGANIZACIÓN EN EL TIEMPO:** Las primeras sesiones de ejercicios se realizarán **dos veces por semana**.Cuando su forma física mejore, podrá realizar **a días alternos**.o **cuatro o cinco sesiones semanales**.

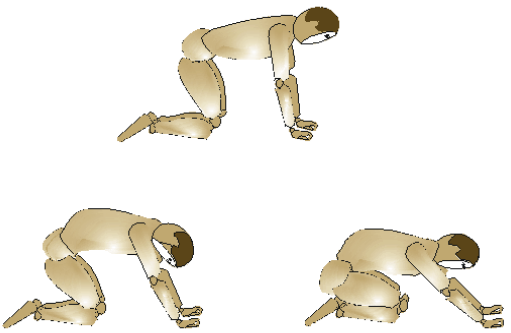
1/ Acostado boca arriba , con las rodillas flexionadas y las plantas de los pies apoyadas contra el suelo. Los brazos, estirados a lo largo del cuerpo.Flexione el cuello hacia adelante como si quisiera mirarse el ombligo, eleve las rodillas hacia el pecho y abrácelas con ambas manos. Mantenga la posición unos segundos. Vuelva lentamente a la posición de partida.



2/ requiere algún tope fijado a la pared al que pueda agarrarse con las manos (a la altura de su cara).De pie, con la pared a su izquierda, con el brazo derecho por encima de su cabeza para agarrarse, junto con la mano izquierda. La pierna derecha, levemente flexionada, cruzada por delante de la pierna izquierda, y ligeramente por delante, de su pie izquierdo. Doblar todo lo que pueda su columna hacia la izquierda. Mantenga la posición 15 ó 20 segundos, hasta que note que toda la musculatura de la espalda a ese lado se relaja. Después, haga lo mismo al otro lado.



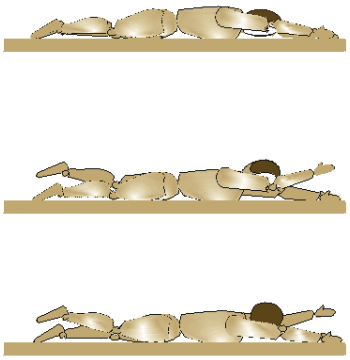
3/ A gatas, con las rodillas y las manos apoyadas en el suelo, con los brazos verticales y la espalda recta, horizontal. Desde esa postura, encorvar la espalda todo lo posible, arqueándola hacia adelante y abombándola hacia arriba, y sentarse sobre los talones. Volver a la posición de partida y repetir.



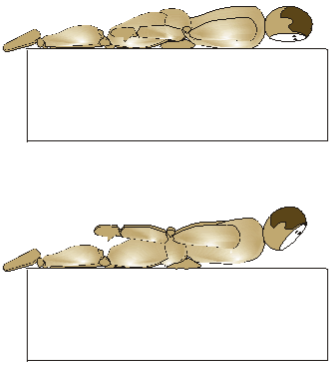
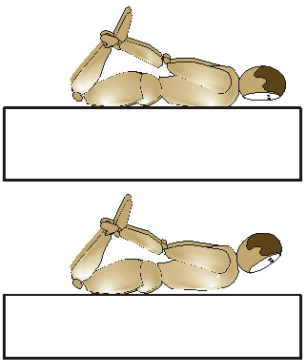
HOSPITAL DA COSTA
C/. Rafael Vior, s/n.
Teléfono: 982 58 99 00
27880 BURELA (Lugo)

EJERCICIOS DORSOLUMBARES

1./ Boca abajo, con los brazos hacia delante. Levante a la vez el brazo derecho, la cabeza y la pierna izquierda, ligeramente flexionada hacia atrás, manteniendo el otro brazo y la otra pierna apoyados contra el suelo. Mantener la posición más alta una fracción de segundo. Después, haga el movimiento al otro lado. Observe que es recomendable completar todos los movimientos de un lado antes de hacer los del otro, y no alternarlos. Es normal que mientras eleve las extremidades note que la musculatura de la espalda le tira, pero si le duele, interrumpa el ejercicio.



2./ Boca abajo con los brazos a lo largo del cuerpo, y coloque un almohadón o cojín duro por debajo de su pubis.Desde esa posición levante la cabeza y la espalda levemente hacia atrás, manteniendo los brazos paralelos al suelo y sin apoyarlos. Cuente hasta 5 y vuelva a la posición de partida. Repita el movimiento hasta completar la serie.



3./ Acuéstese boca abajo, con las rodillas flexionadas y agarre sus tobillos con las manos.Desde esta posición de partida, levante la cabeza y la espalda hacia atrás, ayudándose con la fuerza que puedan hacer los brazos estirando sobre sus tobillos. No debe intentar levantar su espalda todo lo que pueda, sino sólo despegarla del suelo. Aguante la posición unos 5 segundos y vuelva a apoyar su tronco en el suelo. Repita el movimiento hasta acabar la serie.