

DOLOR LUMBAR

La patología lumbar es uno de los problemas que enfrenta en la actualidad la salud pública y laboral, es un síntoma subvalorado en la práctica médica y uno de los principales motivos de consulta. Se dice que entre un 70 y un 80% de la población ha tenido un episodio de dolor lumbar al menos una vez en la vida, aunque la mayoría de ellos no han solicitado atención sanitaria. Además es una causa frecuente de ausentismo laboral

El abordaje de esta patología es complejo, ya que tanto en el origen como en la respuesta al tratamiento y al pronóstico, intervienen factores físicos, psicológicos, sociales y laborales difíciles de valorar.

El primer problema al que nos enfrentamos con el dolor lumbar, surge con relación al diagnóstico debido a que son numerosas las entidades que pueden producir dolor lumbar, algunas de ellas graves, a las cuales llamaremos lumbalgias sospechosas y existen otras que por su mismo mecanismo patogénico son autolimitadas.

El segundo problema es el riesgo de cronificación de la patología, la cual depende no sólo de las características del proceso, sino también de la idiosincrasia del paciente y del manejo que se haga del cuadro.

El tercer inconveniente que debemos resolver consiste en definir cuál es la intervención médica más adecuada para cada caso, es decir, cuándo debemos recurrir a las ayudas diagnósticas, cuándo se debe remitir el paciente y cómo llegar al diagnóstico concreto.

Con el objeto de dar a los profesionales de atención primaria una guía de actuación que oriente el proceso diagnóstico, terapéutico y de recuperación del paciente con patología lumbar, se establece la siguiente guía de manejo:

VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE CON DOLOR LUMBAR

DEFINICIÓN DE CASO

Se llama dolor lumbar cuando el dolor se sitúa en la espalda desde L1 hasta L5

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

El diagnóstico inicial y la clasificación del paciente se basa en la anamnesis y la exploración física, para esto es necesario responder:

1. ¿Es un dolor de origen lumbar o se trata de un dolor referido?
2. ¿Existen indicios que sugieran enfermedad grave? (Lumbalgia sospechosa)
3. ¿Se trata de un dolor de características mecánicas o inflamatorias?
4. ¿Presenta el paciente un cuadro radicular o no radicular?
5. ¿Cómo se prevé que vaya a evolucionar?

1. ¿Es un dolor de origen lumbar o se trata de un dolor referido?

El dato esencial para sospechar que es un dolor referido es la ausencia de relación entre el dolor por el cual el paciente consulta y la movilización y palpación de la columna y las masas musculares adyacentes

2. ¿Existen indicios que sugieran enfermedad grave?

- Pacientes de menos de 20 años o de más de 50, primer episodio
- Historia de neoplasia previa
- Antecedente de tratamiento con esteroides o anticoagulantes
- Antecedente de trauma
- Fiebre

- Pérdida de peso sin causa aparente
- Dolor que empeora progresivamente
- Dolor de reposo que despierta en la noche
- Paciente toxicómano, alcohólico o con HIV

3. **¿Se trata de un dolor de características mecánicas o inflamatorias?**

El dolor mecánico 90% de los casos

- Suele iniciarse de forma aguda, y se puede relacionar con un acontecimiento específico
- Empeora con los movimientos
- Mejora con el reposo
- Puede empeorar con el decúbito y mejorar cuando se adopta una postura adecuada
- No despierta al paciente en la noche
- Puede ser con compromiso radicular (9%), sin compromiso radicular (80%) o mixto (11%)

El dolor inflamatorio, 10% de los casos

- Suele iniciarse de manera progresiva y gradual, sin causa aparente
- Empeora con los movimientos
- No mejora con el reposo
- Se puede acompañar de rigidez matutina de más de 30 minutos
- Se puede acompañar de signos de alerta como astenia, anorexia, fiebre, pérdida de peso
- Es necesario descartar:
 - Patologías Inflamatorias (Espondilitis anquilosantes, Síndrome de Reiter, artropatía psoriasica ect)
 - Patología tumoral
 - Patología de origen visceral (renal, genitourinaria, aneurisma de aorta)
 - Patología infecciosa

4. **¿Presenta el paciente una lumbalgia mecánica simple o un cuadro radicular?**

La radiculopatía se caracteriza por la presencia de dolor irradiado a la pierna siguiendo una metámera.

El dolor mecánico simple, también se puede extender hacia una extremidad, pero no sigue un trayecto de metámera y no desciende por debajo de la rodilla.

es necesario hacer las maniobras de tracción para confirmar el diagnóstico:

- **MANIOBRA DE LASÉGUE:** Se debe realizar siempre que exista irradiación del dolor a las nalgas o a los MMII uni o bilateralmente. El enfermo se coloca en decúbito supino, se eleva pasivamente la pierna afectada con la rodilla en extensión, provocando la tracción de las raíces nerviosas de L5 y S1 principalmente. Si se reproduce o aumenta el dolor radicular se debe pensar en compromiso de la raíz nerviosa. Es importante definir a cuántos grados aparece el dolor, ya que entre más rápido se manifieste el dolor mayor será el compromiso radicular. Se considera positiva hasta unos 60°, a partir de ahí la prueba pierde progresivamente especificidad. Si la prueba empeora el dolor lumbar localizado, pero no induce dolor radicular que afecte la pierna o el pie se debe pensar en patología lumbar sin afectación neurológica.
- **MANIOBRA DE BRAGARD:** Es confirmatoria del laségue. Se realiza la maniobra de laségue, cuando aparece el dolor, en la misma posición en que se está explorando, se baja ligeramente la pierna hasta que desaparece el dolor y se realiza flexión dorsal forzada del pie, si hay afectación radicular vuelve a aparecer el dolor irradiado
- **MANIOBRA DE LASÉGUE INVERTIDA:** el paciente está en decúbito prono con la rodilla flexionada, realizándose una elevación de la pierna. Esta maniobra es positiva cuando aparece dolor que irradia hasta la rodilla por la cara anterior, lo cual indica pinzamiento de L4.

- **MANIOBRA DE LASÉGUE EN SEDESTACION:** Se realiza en caso de duda (posible simulación), consiste en realizar la extensión de la rodilla con el paciente sentado, haciendo una extensión lenta. Si la maniobra produce dolor irradiado, el enfermo compensará reclinando la espalda hacia atrás y se considera positiva.

5. ¿Cómo se prevé que vaya a evolucionar la lumbalgia?

Este punto es de gran importancia en la lumbalgia mecánica, por lo cual es necesario valorar el patrón evolutivo del dolor:

- **LUMBALGIA AGUDA**, cuando el dolor es de menos de seis semanas de evolución.
- **LUMBALGIA SUBAGUDA:** entre 6 semanas y tres meses.
- **LUMBALGIA CRÓNICA:** mayor a tres meses.
- **LUMBALGIA RECIVIDANTE:** episodios de menos de tres meses que repiten.

Además es importante tener en cuenta las características de la evolución del dolor: constante, recidivante y progresivo

TIPS

1. **La relación con el reposo y la movilización de la columna es el dato clave para discriminar entre dolor inflamatorio y mecánico.**
2. **El dolor inflamatorio no mejora con el reposo, evoluciona progresivamente y se asocia frecuentemente con rigidez matutina**
3. **La irradiación del dolor y la exploración física son claves para establecer la existencia de compromiso radicular**
4. **La irradiación en caso de dolor radicular va por debajo de la rodilla y sigue el trayecto de la metámera**
5. **La evolución de una lumbalgia es muy importante desde el punto de vista diagnóstico como del abordaje terapéutico**

ANAMESIS Y EXPLORACIÓN BÁSICA

REGLA DE ORO:

Es conveniente que el paciente se desnude completamente o al menos en ropa interior.

Siempre se debe tener en cuenta:

1. Edad y sexo
2. Características del dolor
3. Síntomas asociados (osteomusculares, signos de alarma, síntomas neurológicos)
4. Antecedentes personales y familiares
5. Inspección de la columna en reposo y con la movilización pasivo
6. Palpar las estructuras espinales y paravertebrales
7. Exploración de caderas y articulaciones sacroliliacas
8. Examen abdominal y puñopersución
9. Realizar las maniobras tracción.

CLASIFICACIÓN DE LA LUMBALGIA

Siguiendo los pasos previamente descritos se llega a la clasificación del dolor lumbar, la naturaleza del proceso etiológico y la evolución del proceso. Anexo 1.

MANEJO DEL PACIENTE CON LUMBALGIA MECANICA AGUDA

Definición de caso

Paciente con dolor lumbar de origen osteomuscular, con características mecánicas, sin dolor de irradiación radicular y de evolución menor de 3 semanas.

Abordaje

La valoración del paciente con lumbalgia aguda mecánica está dirigida a:

- Alcanzar un diagnóstico correcto.
- Descartar complicaciones en pacientes con indicios clínicos o factores de riesgo de cuadros graves.
- Descartar que exista una afección radicular o medular.
- Establecer la presencia de condicionantes y desencadenantes del cuadro como:
 - Sedentarismo y reposo prolongado en cama
 - Factores de riesgo en la actividad laboral: trabajos físicamente duros, trabajo en posición mantenida, levantamiento de pesos, inclinaciones y giros de tronco entre otros.
 - Realización de un esfuerzo no habitual.

CUANDO REALIZAR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Rx lumbar simple AP y lateral: No se realiza de rutina, ya que el valor diagnóstico y pronóstico en este tipo de pacientes es mínimo. Se debe realizar en los siguientes casos:
 - Pacientes mayores de 50 años o menores de 20 con primer episodio
 - Pacientes con indicios claros de alarma
 - No mejoría con 3 ó 4 días de reposo absoluto
 - Persistencia de dolor tras 15 días de tratamiento correcto

Los hallazgos a valorar en la placa lumbar son los defectos de forma y los de postura, por lo cual es necesario tomar las siguientes proyecciones:

- AP en bipedestación (evalúa desalineaciones de la columna, acortamiento de extremidades, báscula pélvica y mala orientación de las articulaciones interapofisiarias).
- De perfil en decúbito con máxima flexión y extensión si se sospecha inestabilidad de columna.
- Placas oblicuas las cuales valoran artrosis interapofisiarias.

Los defectos de forma más usuales son:

- Sacralizaciones totales o parciales.
- Defectos de cierre del arco posterior.
- Defectos de inclinación o de orientación de las articulaciones.

Los defectos de posturas más usuales son:

- Báscula pélvica, es decir inclinación del sacro y su repercusión sobre la columna.
- Hiperlordosis.
- Escoliosis.

Es importante recordar que los defectos de forma y de postura con el paso de los años terminan produciendo cambios osteoartrosicos que son fácilmente objetivizables en las placas oblicuas.

Hemograma y VG, sólo está indicado en

- Pacientes con factores de riesgo de gravedad

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Educación del paciente

El tratamiento del paciente se basa en la educación, se ha demostrado que la falta de información, así como la poca confianza en la recuperación, es uno de los factores de mal pronóstico en la evolución de las lumbalgias agudas, por tanto **tómese el tiempo necesario en explicar al paciente las causas que le han podido provocar el dolor, los factores que lo empeoran y sobretodo el curso benigno de la patología**, de ser necesario dé una cita al paciente para hacer este proceso de una manera optima, ya que se ha constatado que la falta de información así como la poca confianza en la recuperación es uno de los factores de mal pronóstico en la evolución de las lumbalgias agudas. Entréguele las indicaciones básicas a seguir por escrito, incluyendo las medidas posturales y los ejercicios recomendados así como otras medidas higiénicas como por ejemplo perder peso.

Fase aguda

- Reposo absoluto en cama de 2 a 3 días, el paciente sólo se debe levantar para ir al baño, se recomienda estar en posición semifetal o en decúbito supino con una almohada delgada en la cabeza y las piernas flexionadas con un almohadón debajo de las rodillas. Este reposo debe ser corto ya que se ha evidenciado que el reposo prolongado conduce a incapacidad crónica y dificultades en la rehabilitación.

El colchón debe ser duro o con una madera por debajo. **Si el dolor es leve no se requiere de este tipo de reposo.**

- Calor local se debe recomendar siempre que se objetívese contractura muscular, el enfermo lo hará en casa ya que en la primera fase de tratamiento no se justifica la derivación a fisioterapia.

- Tratamiento farmacológico

De elección se recomienda tratamiento analgésico con Parcetamol 1 gr cada 6 horas, se puede asociar un AINE en función de la intensidad del dolor y siempre por un periodo limitado (3 a 5 días), siendo el AINE de elección el Ibuprofeno 400 Mg cada 8 horas.

Si hay espasmo muscular severo se debe asociar un miorrelajante tipo Diazapan por 3 a 5 días, este también se debe usar si el dolor genera ansiedad que dificulta el descanso nocturno.

- Citar al paciente a los 3 días
 - Si hay mejoría pasar a la fase de recuperación
 - Si no hay mejoría, reevaluar el paciente. Si se encuentran nuevos hallazgos actuar en función de estos; si no, replantear el tratamiento. En todo caso comenzar la movilización del paciente, siguiendo las indicaciones de la fase de recuperación, está demostrado que el reposo prolongado perpetua la patología y crea factores predictivos de cronificación de la misma

Fase de recuperación, día 4 al 10

Durante esta etapa, el paciente tendrá un reposo relativo, por tanto si su trabajo requiere estarse movilizándolo o realizando esfuerzos de tipo físico se podrá reincorporar al trabajo con restricciones temporales (10 días), muy claramente especificadas, dejando en claro que sólo podrá movilizarse durante 30 minutos 3 veces al día, por un tiempo definido, el cual generalmente es una semana.

- Si hay mejoría: pasar a la fase de prevención de recidivas.
- Si no hay mejoría tratar al paciente como una lumbalgia persistente y solicitar Rx de columna, además es necesario valorar la presencia de indicadores pronósticos de evolución a la cronicidad, Anexo 5 y trabajar en función de estos.

Fase de prevención de recidivas

El primer episodio de lumbalgia aguda tiende a la recuperación espontánea, no obstante recidiva en la mayoría de los casos. Por ello en el tratamiento inicial, es necesario enfatizar en las medidas tendientes a evitar la recidiva, de tal forma que se evite etiquetar al paciente como un paciente crónico. Por lo anterior se hace necesario instruir al paciente en:

- Normas de higiene postural Anexo 4
- Ejercicios
Estos deben ser tanto de fortalecimiento de la musculatura lumbar y abdominal, como ejercicios aeróbicos de forma regular, como pasear, andar, bicicleta, caminar, nadar.

Cuadros que continúan a partir del día 10

Si pasado este tiempo, con el seguimiento adecuado, el tratamiento instaurado, el cuadro persiste, es necesario considerar la posibilidad de estar ante un cuadro que tiene a la cronificación por lo cual es necesario, indagar el componente psicológico del mismo y valorar el beneficio de añadir un antidepresivo tricíclico por un ciclo corto.

- Criterios de derivación al traumatólogo
 - Si el enfermo no mejora con el tratamiento correcto conjunto con las medidas generales y posturales después de 10 días de manejo.
 - Por confirmación diagnóstica de alteraciones radiológicas.
 - Si se considera la posibilidad de realizar una infiltración peri articular terapéutica.
- Criterios de derivación a fisioterapia
 - Si no se ha presentado mejoría a pesar del tratamiento adecuado durante 10 días.
 - Si el cuadro es recidivante 2 ó 3 episodio.
 - Cuando la mejoría no es completa a pesar de seguir todas las indicaciones farmacológicas y posturales.

Este tratamiento debe incluir la realización y la enseñanza de los ejercicios a realizar por el paciente y debe enfatizar en la importancia de la autofisioterapia.

ANEXO 2.

MANEJO DEL PACIENTE CON LUMBALGIA CON AFECCIÓN RADICULAR

Definición de caso

Paciente con dolor lumbar con irradiación a la extremidad inferior y que la historia clínica y la exploración básica han identificado como posible radiculopatía, (dolor metamérico, tracción positiva)

Abordaje

La valoración del paciente con lumbalgia con afección radicular está dirigida a:

- Alcanzar un diagnóstico correcto.
- Establecer la presencia de condiconantes y desencadenantes del cuadro.
- Descartar complicaciones en pacientes con indicios clínicos o factores de riesgo de cuadros graves.
- Identificar la raíz o raíces afectadas.
- Determinar el grado de afectación de la raíz, identificando aquellos casos en que la afectación sea severa.
- Identificar los casos con sospecha de afectación medular.

EXPLORACIÓN

además de realizar las pruebas de tracción previamente descritas, es necesario realizar examen neurológico así:

- Examen motor
Realizar la prueba de marcha talon-puntillas y si resulta difícil la flexión plantar y dorsal del primer dedo. Explorar fuerza del cuadriceps y del psoas si se sospechan lesiones más altas.
- Examen sensorial
- Exploración de reflejos
Reflejo patelar (L4), Reflejo tibial posterior (L5), reflejo aquileo (S1).
- Maniobra de babinsky
Se debe realizar par descartar afectación piramidal.
- Sensibilidad perianal y sacra
Si hay sospecha de compresión de cola de caballo.

Raíz	Irradiación del dolor	Déficit motor	Déficit sensitivo
L4	*Cara anterior del muslo *A veces cara anterior del tercio superior de la pierna	*Atrofia o debilidad del cuadriceps *Disminución o abolición del reflejo rotuliano	*Cara interna de la tibia
L5	*Cara externa del muslo y la pierna, llegando hasta la región dorsal del primer dedo	+Debilidad extensión del primer dedo * Dificultad para la marcha de talones	*Zona dorsal del pie, entre los dedos primero y segundo
S1	*Cara posterior del muslo y pierna hasta la planta del 5 dedo	*Dificultad para caminar de puntillas *Disminución o abolición reflejo aquileo *limitación flexión plantar del pie y del primer dedo	* 5 dedo del pie

Es necesario definir si existe o no sintomatología deficitaria o sintomatología irritativa. En el primer caso el paciente debe ser referido en el segundo el manejo inicial se hace en el servicio básico.

CUANDO REALIZAR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Rx lumbar simple AP y lateral: Se realiza de rutina en todos los pacientes con lumbalgia de tipo radicular.

TAC

Se solicita a todos los pacientes en los que no haya mejoría significativa a los 15 días de manejo terapéutico, en todos los casos donde el dolor radicular sea recidivante y si existe sospecha de estenosis del canal.

Hemograma y VG

- Pacientes con factores de riesgo de gravedad.

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

El tratamiento inicial de la lumbociática que no tenga déficit neurológico ni sospecha de infección o tumor se inicia en el nivel básico de atención.

Educación del paciente

El tratamiento del paciente se basa en la educación, al igual que en la lumbalgia mecánica, no olvide tomarse el tiempo necesario en explicar al paciente las causas que le han podido provocar el dolor, los factores que lo empeoran. Entréguele las indicaciones básicas a seguir, por escrito, incluyendo las medidas posturales así como otras medidas higiénicas

Fase aguda

- Reposo absoluto en cama de 2 a 3 días, el paciente sólo debe levantar se para ir al baño, se recomienda estar en posición semifetal o en decúbito supino con una almohada delgada en la cabeza y las piernas flexionadas con un almohadón debajo de las rodillas.

El colchón debe ser duro o con una madera por debajo. Si el dolor es leve no se requiere de este tipo de reposo.

- Calor local se debe recomendar siempre que se objetivase contractura muscular, el enfermo lo hará en casa ya que en la primera fase de tratamiento no se justifica la derivación a fisioterapia.

- Tratamiento farmacológico

Se valora siempre en función de la intensidad de la clínica álgica. Se recomienda el uso de AINES como Ibuprofeno 400 Mg cada 8 horas, en casos muy severos Tramadol 50 (10 gotas) a Mg cada 8 o 12 horas, esta última se debe usar por periodos cortos teniendo en cuenta el riesgo de adicción y de síndrome de abstinencia. A este se le puede añadir un analgésico simple tipo Paracetamol 1 gr cada 6 horas. El uso de los AINES debe ser corto. Se recomienda que a los 3 días se revalore la evolución de la enfermedad y dependiendo del curso de esta pensar en añadir un glucocorticoide tipo Prednisona 10-20 mg/día o Dexametasona 4 mg/día, máximo por 5 días.

Si hay espasmo muscular severo se debe asociar con un miorelajante tipo diazapan por 3 a 5 días, este también se debe usar si el dolor genera ansiedad que dificulta el descanso nocturno.

- Citar al paciente a los 10 días
 - Si hay mejoría completa de la sintomatología derivar el paciente a fisioterapia con el objeto de evitar recidivas.
 - Si la mejoría de la sintomatología es parcial, es necesario valorar de nuevo la sintomatología, si ésta es deficitaria se deriva el

- paciente, si es irritativa se continua con AINES por una semana más, se deriva el paciente a fisioterapia y se solicita el TAC.
- Si no hay mejoría de la sintomatología se envía al traumatólogo.

Fase de recuperación, después del día 10

El paciente no se reincorpora inmediatamente a su vida habitual, tendrá un reposo relativo durante una semana más y evitará esfuerzos especiales como levantar pesos, posturas mantenidas, viajes largos durante un mes, por lo cual es necesario dar las recomendaciones y las restricciones temporales cuando el paciente se reintegre a su trabajo. Es decir no significa que el paciente deba estar incapacitado pero si desempeñando sus labores con restricciones. Es importante dar estas restricciones por periodos de tiempo definidos, no darlas de manera indefinitiva a no ser que se tenga claramente establecido un diagnóstico que así lo amerite.

Fase de prevención de recidivas

La lumbociática aguda tiende a recuperarse espontáneamente no obstante recidiva en la mayoría de los casos. Por ello es necesario enfatizar en las medidas tendientes a evitar la recidiva, de tal forma que se evite etiquetar al paciente como un paciente crónico. Por lo anterior se hace necesario instruir al paciente en:

Normas de higiene postural

Ejercicios

De fortalecimiento de la musculatura lumbar y abdominal así como ejercicios aeróbicos de forma regular.

Criterios de derivación al traumatólogo

- Si el enfermo no mejora con el tratamiento correcto, conjunto con las medidas generales y posturales.
- Si la sintomatología tiene una duración a 4 semanas.
- Si no se tiene un diagnóstico claro.
- Ante la necesidad de evaluar otras alternativas terapéuticas.

Criterios de derivación a fisioterapia

- Siempre que haya una mejoría completa después del tratamiento con el objeto de enseñar al paciente la auto-fisioterapia y evitar la recidiva.
- Si el cuadro es recidivante 2 ó 3 episodio.

Criterios para derivación hospitalaria

- Si hay sintomatología deficitaria.
- Si después de realizar el tratamiento instaurado por el traumatólogo el paciente no mejora.
- Si el dolor es muy intenso y no mejora con el tratamiento instaurado.
- Si el dolor lumbar se acompaña de fiebre.

El objetivo de la derivación hospitalaria es valorar si se requiere la intervención de la clínica del dolor o la liberación quirúrgica de la raíz. Anexo 3

MANEJO DEL PACIENTE CON LUMBALGIA MECÁNICA DE EVOLUCIÓN PROLONGADA

PREMISA: DEBEMOS, EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, EVITAR QUE EL PACIENTE SE CRONIFIQUE

Definición de caso

Paciente con dolor lumbar mecánico con o sin radiculalgia de más de 6 semanas de evolución o con episodios recidivantes

Abordaje

La valoración del paciente con lumbalgia de evolución prolongada está dirigida a:

- Descartar la presencia de un cuadro de características no mecánicas y en especial un trastorno potencialmente grave.
- Excluir la presencia de complicaciones e identificar la presencia de factores causales que requieren manejo específico.
- Identificar la existencia de factores de riesgo de cronificación.

IDENTIFICAR SÍNTOMAS ASOCIADOS

- Síntomas osteocusmulares en otros niveles.
- Síntomas de dolor referido.
- Síntomas de alarma.
- Síntomas compatibles con claudicación neurógena, como dolor lumbar, en cadera o en MMII al andar o en bipedestación que mejoran al sentarse y no sólo al parar.
- Síntomas vasculares, en especial si el dolor se produce con el ejercicio.

IDENTIFICAR ANTECEDENTES

- Identificar si existen episodios previos de dolor lumbar y otros antecedentes personales como traumatismos, neoplasias, tratamientos con esteroides, anticoagulantes o la presencia de osteoporosis.
- Evaluar si existen enfermedades reumatológicas o dermatológicas asociadas.
- Embarazo o parto.
- Cambios de peso.
- Identificar si existen enfermedades que puedan desencadenar neuropatías como diabetes.

IDENTIFICAR DATOS PSICOSOCIALES BÁSICOS

- En estos pacientes es necesario evaluar su situación económica, laboral y familiar además de la actitud y respuesta del paciente ante la enfermedad. Para esto es necesario indagar sobre las creencias, preocupaciones y expectativas frente a su cuadro.

EXPLORACIÓN

Además de la exploración básica y de las pruebas específicas de valoración de la afectación neurológica en caso de irradiación radicular se procederá a:

- Exploración reumatológica
- Exploración general
- Exploración de la estática y la dinámica de la columna

CUANDO RELIZAR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Rx lumbar simple AP y lateral: se realiza de rutina
- Análítica de sangre
La cual incluye hemograma, VSG, calcio, fósforo, fosfata alcalina y si el paciente tiene más de 50 años fosfatasa ácida.
 - TAC
Si se trata de lumbalgia con afectación radicular.

Con todos estas pruebas diagnósticas se busca clasificar la lumbalgia de evolución prolongada en:

1. Lumbalgia prolongada con etiología específica: Síndrome de cola de caballo, hernia discal, estenosis de canal o tumor vertebral.
2. Lumbalgia prolongada sin origen específico.

LUMBALGIA PROLONGADA CON ORIGEN ESPECÍFICO

Se debe indagar por los siguientes factores etiológicos:

- Alteración postural crónica, en ésta es necesario definir si existe o no disimetría, en el primer caso se remite a traumatología en el segundo se enfatizará en la correcta higiene postural, el ejercicio aerobio y la pérdida de peso si es precisa.
- Osteopenia, definir si existe, si esta relacionada con la menopausia o la senilidad y en caso de existir se dará el tratamiento específico.
- Osteítis deformante, se debe verificar si hay afectación única o si afecta varios territorios.
- Tumor óseo primitivo.
- Mieloma múltiple.
- Metástasis.
- Espondilodisquitis.
- Espodilosis.
- Mala alineación, buscar anomalías de transición y escoliosis.

LUMBALGIA PROLONGADA SIN ORIGEN ESPECÍFICO

Si la lumbalgia de evolución prolongada no presenta hallazgos radiológicos o analíticos significativos, desde el punto de vista del manejo del paciente hablaremos de lumbalgia mecánica de evolución prolongada sin causa específica. Es importante recalcar que la **espina bifida oculta**, **las vértebras de transición** (lumbarización de la 5ta sacra y sacralización de 5ta lumbar) y **la espón dilolisis** no suelen causar síntomas y se consideran como lumbalgias sin etiología específica.

Este tipo de patología requiere una estrategia de manejo similar a la recomendada en cualquier tipo de dolor crónico- Por lo cual es muy importante construir una relación adecuada con el paciente y situar como objeto no solamente la mejoría del síntoma sino el mejoramiento de la capacidad funcional del paciente y de su calidad de vida

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Los objetivos del tratamiento en estos pacientes se resumen en:

1. Reducir el uso inadecuado de medicamentos y procedimientos médicos invasivos.
2. Maximizar y mantener la actividad física diaria.
3. Mantener o retomar la actividad diaria productiva, bien sea en casa o en el trabajo.
4. Incrementar la capacidad de los pacientes para manejar el dolor y los problemas asociados a él.
5. Reducir la intensidad subjetiva del dolor.
6. Reducir o detener el uso de los servicios de salud para la asistencia.
7. Prestar asistencia en la resolución de conflictos medico-legales.
8. Minimizar los costos sin sacrificar la calidad de la atención.

Los pasos a seguir incluyen:

Educación del paciente e información

De cómo se realice, va a depender en buena medida la evolución. Es necesario dar información clara y que todos los profesionales que evalúen el paciente utilicen el mismo lenguaje. Se debe enfatizar en informar al paciente la etiología, características y factores que favorecen y empeoran la patología, y es de vital importancia mostrarle al paciente que todas las posibles causas de patología orgánica han sido descartadas.

Reposo y actividades laborales y sociales

En general es válido lo dicho en la lumbalgia aguda, aunque hay algunas excepciones como el reposo, el cual sólo se utilizará en las exacerbaciones agudas de dolor. Ya que está demostrado que un reposo prolongado empeora el pronóstico de la patología, por tanto se debe alentar al paciente para que deambule y realice las actividades propias de la vida cotidiana.

Es importante recordar que la incapacidad es una **conducta aprendida**, por lo cual los pacientes deben seguir trabajando siempre que sea posible, lo que se debe hacer, es dar las restricciones generales sobre manejos de carga y posturales.

Es de vital importancia tranquilizar al paciente en especial con los hallazgos radiológicos, para que el paciente aprenda a vivir con los síntomas sin sentirse un enfermo crónico. En este punto es importante tener en cuenta que el organismo sufre un proceso de envejecimiento a partir de los 20 años y este se manifiesta no sólo con los cambios en la piel y el cabello, sino también, con los cambios internos, por lo cual en un buen número de personas asintomáticas de columna se ha evidenciado cambios radiológicos severos de degeneración, lo cual no implica que se encuentren enfermos.

Medidas higiénicas

No sobra repetir la importancia de éstas, una correcta higiene postural, el ejercicio aeróbico son medidas muy útiles y en las cuales se debe insistir siempre que se tenga contacto con el paciente, es frecuente que el paciente se muestre aprensivo frente a estas medidas y considere que no vale la pena tenerlas en cuenta, es en este punto de vital importancia el poder de convicción que el profesional de la salud tenga y la forma cómo venda la idea al paciente, nunca mucho tiempo en este punto es suficiente.

Por otra parte es necesario incentivar al paciente a realizar ejercicio, ya que este tiene ventajas claras, puesto que mejora la fuerza y elasticidad muscular, mejora el grado de movimiento, ayuda a la relajación, a disminuir el estrés y la ansiedad y mejora los hábitos de vida.

Además se debe insistir en la importancia de mantener el peso corporal y de fortalecer la musculatura abdominal.

Fármacos

Se debe evitar el uso prolongado de los mismos. Se debe intentar utilizar únicamente analgésicos menores y dejar los AINES y los miorelajantes sólo para los episodios de reagudización. Evitar los narcóticos y todo tipo de medicación adictiva. De ser necesario utilizar antidepresivos.

Terapia Física

En la actualidad se afirma que el ejercicio aeróbico practicado regularmente es lo más efectivo para reducir el impacto del dolor crónico tanto a nivel físico como psicológico. Por lo anterior se debe animar al paciente a que realice ejercicio por su cuenta o utilizando recursos comunitarios.

Intervención psicológica

Es muy importante que el médico del nivel básico identifique de manera precoz, los paciente pasivos, poco cooperadores y no cumplidores del tratamiento, de tal forma que se les haga seguimiento estrecho ya que estos son los pacientes que con mayor probabilidad el tratamiento será no satisfactorio.

En casos seleccionados se justifica la intervención psicoterapéutica ya que se pueden encontrar pacientes:

- Simuladores
- Con trastornos mentales específicos, es frecuente encontrar la asociación con cuadros depresivos.
- Amplificación de quejas somáticas, suele presentarse con cierta frecuencia en los pacientes con dolor lumbar en especial cuando existen conductas hipocondríacas, histéricas y depresivas.

CÓMO INFORMAR AL PACIENTE CON LUMBALGIA

En los pacientes con lumbalgia el tratamiento con mejor relación costo beneficio es la información al paciente. Es importante recordar que informar bien, no es sinónimo de dar mucha información.

Una correcta información puede influir positiva y poderosamente en aspectos como la satisfacción, la interpretación del dolor y la forma de enfrentarlo, el cumplimiento del

tratamiento y los resultados clínicos. Por otra parte una información inadecuada, puede aumentar la sensación de gravedad o irreversibilidad de un proceso y favorecer la cronificación y la incapacidad, no olvidar que la incapacidad es un proceso aprendido.

La información debe buscar

1. Establecer una buena relación médico paciente, buscando de esta forma aumentar la satisfacción de éste último.
2. Mejorar los resultados clínicos, ser más eficaz, por lo cual se debe tranquilizar el paciente, facilitar que se adapte y enfrente el dolor de forma positiva, fomentar la participación del paciente en las medidas de manejo, dar la información necesaria sobre la enfermedad al paciente, propender por el cumplimiento de las pautas terapéuticas en especial las medidas de higiene, crear expectativas de mejoría en el paciente.
3. Se deber ser eficiente, previniendo la cronificación del cuadro, disminuir la dependencia de terapias, evitar las bajas laborales, y racionalizar el uso de las ayudas diagnósticas.