



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

[06]

GUÍA

LUMBALGIA AGUDA

INSTITUTO GUALTEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

***UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE CIENCIAS DE LA SALUD***

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

***FUNDACIÓN IHCAI
COLABORACIÓN COCHRANE***

OPS-OMS

GERENCIA

Lic. Alfredo Rolando Del Cid Pinillos

SUBGERENCIA DE PRESTACIONES EN SALUD

Dr. Carlos Enrique Martínez Dávila

AGRADECIMIENTOS

GRUPO DE DESARROLLO: Hospital General de Accidentes

Dr. René Olivet Espina, Jefe del Servicio de Medicina Interna
COORDINADOR

Dr. Gabriel Murga Gutiérrez, Jefe Servicio de Cirugía de Columna

E. P. Leticia Molina de Ronquillo, Jefe de Enfermería, Consulta Externa

Licda. Paola Oliva de Meckler, QQ FF Coordinadora Servicio de UNIDOSIS.

REVISORES:

Dr. Carlos René Rayo Flores, Jefe de Servicio de Columna HGA

Dr. Edwin Fernández, Médico especialista columna HGA

‘COMISIÓN’ ELABORADORA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA fundamentadas en MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA:

Coordinador

Dr. Plinio Dardón Guzmán, Médico Auditor, Depto. Auditoria de Servicios de Salud

Licda. Rossina Zuchini, Coordinadora de Unidosis

Licda. Mónica Selman de Zepeda, Jefa de Sección de Asistencia Farmacéutica

Dr. José Fernando Ortiz Alvarado, Jefe de la Sección de Epidemiología

Dr. José María del Valle Catalán, Asistente de Dirección, SPS

Asesores externos:

Dr. Erwin Humberto Calgua Guerra, Profesor Investigador CICS, F. CCMM USAC

Dr. Luis Manuel López Dávila, Profesor Investigador CICS, F. CCMM USAC

Licda. Juanita Mejía de Rodríguez, Consultora OPS/OMS

Asesor internacional:

Dr. Mario Tristán, Director Fundación IHCAI, Colaboración Cochrane

Prólogo

La Medicina Basada en Evidencia consiste en la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **-la evidencia-**, para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de Evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación.

Tabla No. 1*

Niveles de evidencia:

Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja Calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

* **Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.**

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el nivel de evidencia; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales.

Tabla No.2

Significado de los grados de recomendación

Grado de Recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de Buena Práctica clínica sobre el cual el Grupo de Desarrollo acuerda.

Las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.). En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **Nivel de Evidencia**^{1a} (en números y letras minúsculas, sobre la base de la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto^A (siempre en letras mayúsculas sobre la base de la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

1a

A

Las Guías, desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

La **GUÍA DE BOLSILLO** es una parte de la guía, que resume lo más relevante de la entidad con relación a 4 aspectos: 1. La definición de la entidad, 2. Como se hace el diagnóstico, 3. Su terapéutica y 4. Las recomendaciones de buenas prácticas clínicas fundamentales, originadas de la mejor evidencia

No se pretende con ésta guía describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”**, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

El grupo de trabajo ha encontrado, a lo largo del proceso de elaboración, diversas dificultades, tanto desde el punto de vista metodológico como logístico, que no permiten todavía alcanzar todos los objetivos planteados en este instrumento AGREE. Estas dificultades parecen ser comunes a diferentes grupos de elaboración de Guías de Práctica Clínica en el mundo y afectan principalmente a los aspectos siguientes: participación activa de los pacientes, análisis de coste-efectividad, fase piloto previa a su publicación definitiva, criterios de evaluación y *auditoria*.

Por falta de información, no es sencillo hacer un análisis de costos.

El Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica intenta ser una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas, pero no las reemplaza. En una Guía de Práctica Clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. De ahí, la importancia del propio juicio clínico.

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado y a los profesionales que trabajan por cuenta propia, un referente en su práctica clínica con el que poder compararse.

INDICE DE CONTENIDOS	Página
Guía de Bolsillo	1
1 Introducción	14
1.1. Objetivos de la Guía	16
2 Contenido:	17
2.1. Definiciones	17
2.2. Epidemiología	19
2.3. Monografía	19
2.3.1. Historia clínica	20
2.3.2. Examen físico	20
2.3.3. Estudios de laboratorio y gabinete	21
2.3.4. Criterios diagnósticos	22
2.3.5. Resumen de tratamientos recomendados	25
2.3.6. Prevención de recurrencias	30
3 Implementación y análisis del desempeño	32
4 Información para el uso racional de medicamentos	33
5 anexos	37
I Algoritmos	37
Aclaraciones al Algoritmo	39
II Abreviaturas	42
III Tablas de niveles de evidencia	43
IV Recomendaciones del grupo de desarrollo	44
V Bibliografía	45
VI Declaración de intereses	46
VIII Fecha de elaboración y revisión	46
IX Actualización	46

GUIA DE BOLSILLO de Lumbalgia

Resumen del Proceso Diagnostico Recomendado

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

- a) posible enfermedad sistémica (infección, cáncer, Osteoporosis etc.)
- b) comprensión radicular que requiere valoración Quirúrgica.
- c) lumbalgia inespecífica.

Señales de alerta son:

a) *Para enfermedad sistémica:*

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

b) *Para derivación a cirugía:*

1. Para derivación inmediata y urgente: 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)
2. Para derivación a 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).

GUIA DE BOLSILLO de Lumbalgia

- Que aparece solo a la ambulaci3n y la limita, requiere flexi3n o sedestaci3n para desaparecer, persiste pese a 6 meses de tratamiento conservador y se acompa1a de im1genes de estenosis espinal sintom1tica. Si existe alguna se1al de alerta, evaluar y prescribir las pruebas complementarias oportunas (radiograf1a simple y din1micas con el paciente parado, Tomograf1a Axial Computarizada (TAC), Resonancia Magn1tica (RM), centellograma 3seo de cuerpo regional o de cuerpo entero –SPECT- (por sus siglas en ingl3s: Single Photon Emission Computed Tomography), seg1n el caso lo amerite. Si sospecha compresi3n radicular, discitis o c1ncer, la RM es la mejor opci3n.

Si no hay ninguna se1al de alerta, puede asumir que el paciente tiene una lumbalgia inespec1fica. En ese caso se recomienda tratar directamente al paciente de acuerdo a las recomendaciones de esta Gu1a, sin pedir antes pruebas complementarias.

La existencia de im1genes de degeneraci3n discal, escoliosis, espondilosis, espondilolistesis y/o “inestabilidad vertebral”, es compatible con el diagn3stico de Lumbalgia inespec1fica (se observan con frecuencia en sujetos sanos y asintom1ticos). Su existencia no cambia el tratamiento.

Se recomienda evaluar la evoluci3n del paciente en unas (2-6) semanas. Si en ese periodo el paciente no ha mejorado, se recomienda:

- a. Volver a evaluar la existencia de se1ales de alerta
- b. Evaluar si el paciente presenta signos de mal pron3stico funcional.
- c. Valorar la posibilidad de modificar la actitud diagn3stica o de pasar al siguiente escal3n terap1utico de acuerdo con las recomendaciones de esta Gu1a.

Repetir peri3dicamente este proceso tantas veces como sea preciso

Para el diagn3stico de la lumbalgia inespec1fica, no se recomiendan:

- · La electromiograf1a.
- · Las pruebas terap1uticas o de provocaci3n (infiltraciones facetarias con anest1sicos o la discograf1a).
- · Las pruebas quiropr1cticas de movilidad y palpaci3n vertebral.

GUIA DE BOLSILLO de Lumbalgia

RESUMEN DE LOS TRATAMIENTOS RECOMENDADOS

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.

- 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).

2. Si la intensidad del dolor lo requiere, prescribir fármacos previos, el orden recomendado es:

- a. Paracetamol; entre 650 y 1000 mg 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 no menos de 1 semana.

3. Si detecta signos de mal pronóstico funcional se recomienda:

- a) Intentar modificarlos hablando con el paciente.
- b) Aplicar programas educativos breves que estén disponibles en su ámbito y se centren en el manejo activo. Darle una dirección de Internet con información fiable de este tipo (www.espalda.org).
- c) A partir de las 4 a 6 semanas valorar pasar al numeral 7 de tratamiento o si los signos son múltiples y graves y el paciente está en situación laboral potencialmente activa al numeral 9.

4. Prescribir ejercicio a partir de la 2ª a 6ª semanas. No se recomienda prescribirlo antes de que la lumbalgia o la exacerbación hayan alcanzado esa duración, pues antes es ineficaz y puede exacerbar el dolor, pero sí a partir de entonces.

5. Prescribir escuela de espalda a los pacientes a partir de las 4 a 6 semanas de dolor, especialmente si se presentan signos de mal pronóstico funcional, pero escuela centrada en el movimiento activo (promoción de la actividad física, el mantenimiento o reinicio temprano de la actividad en caso de dolor, etc.) y no solo con higiene postural y ergonomía.

GUIA DE BOLSILLO de Lumbalgia

6. Prescribir fármacos de segunda línea: Antidepresivos tricíclicos o cuatricíclicos 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.
7. Prescribir tratamiento psicológico cognitivo-conductual a:
 - Pacientes con lumbalgia intensa de más de 3 meses de duración si:
 - a. Presentan signos psicosociales de mal pronóstico funcional,
 - b. Se plantea la cirugía por “lumbalgia debida a degeneración discal” (el tratamiento psicológico y el ejercicio obtienen los mismos resultados con menos riesgo).
 - c. Pacientes con lumbalgia a partir de las 6 semanas de evolución, pero solo si existen (múltiples y graves) signos psicosociales de mal pronóstico funcional y el paciente está en una situación laboral potencialmente activa (en esos pacientes, este tratamiento aporta ventajas esencialmente en el retorno al trabajo)
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. Se recomienda que los opiáceos sean manejados por médicos habituados a usarlos.
9. Prescribir programas rehabilitadores multidisciplinarios (que incluyan medicación propia de Unidades del Dolor, programas educativos, ejercicio y tratamiento psicológico, y sean aplicados de manera coordinada por como mínimo un médico, un psicólogo y un fisioterapeuta) a los pacientes con lumbalgia de más de 3 meses de evolución y en situación laboral potencialmente activa, en los que hayan fracasado todos los tratamientos monodisciplinarios previos y, a causa de su lumbalgia, estén gravemente afectados en su salud física y psicológica, en su capacidad laboral y en su calidad de vida.

TECNOLOGIAS NO RECOMENDADAS PARA EL TRAMIENTO DE LA LUMBALGIA

Los datos actualmente disponibles no permiten recomendar las siguientes tecnologías:

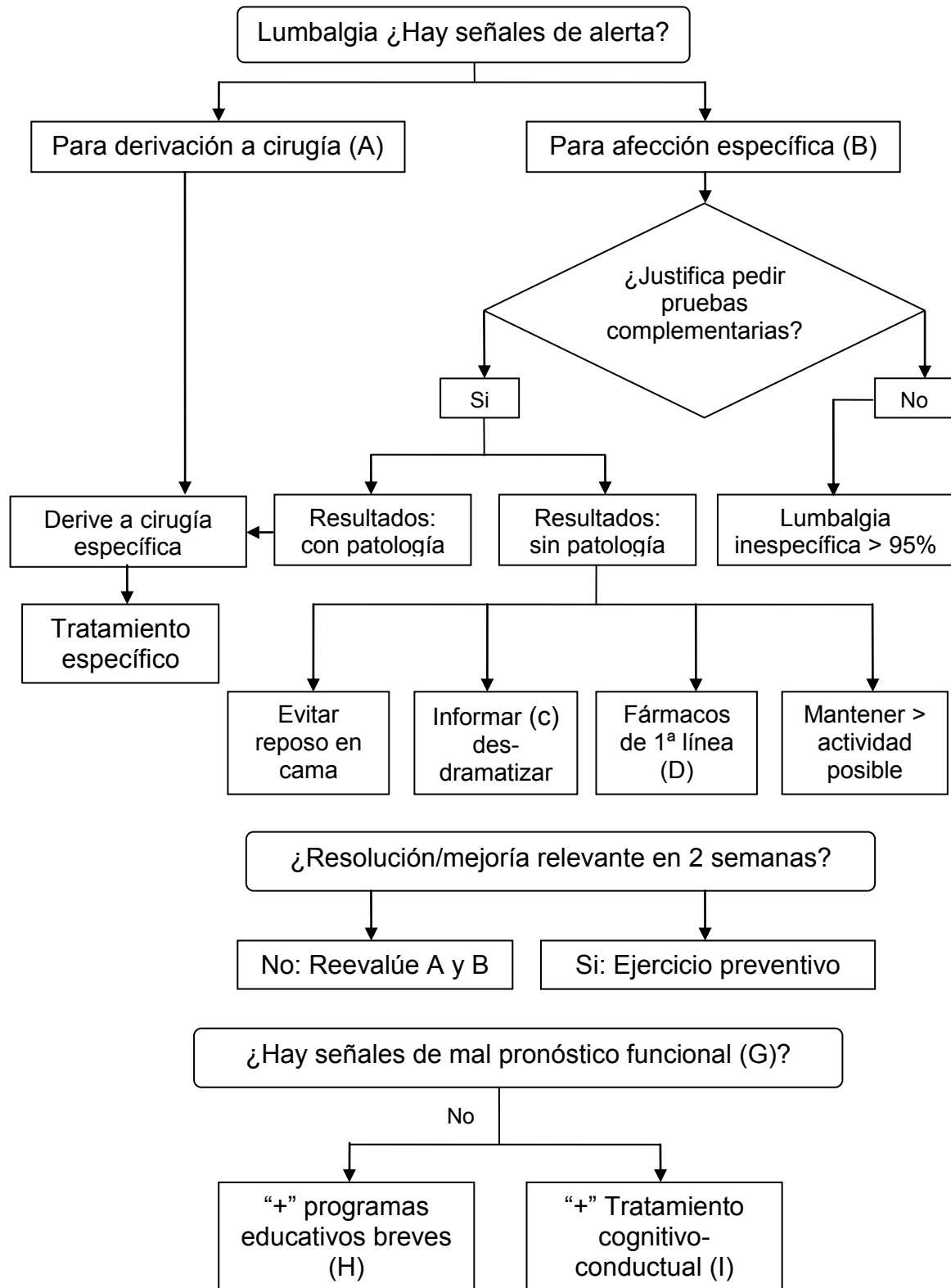
GUIA DE BOLSILLO de Lumbalgia

- ❖ **Fármacos:** Corticoides, gabapentina, 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), estimulación eléctrica percutánea (TENS por sus siglas en inglés Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation).
- ❖ **Procedimientos físicos:** Tracción, masajes, corsés, y fajas lumbares, manipulaciones vertebrales, acupuntura, reposo en cama (que está específicamente desaconsejado).
- ❖ **Infiltraciones:** Infiltraciones facetarias, transdiscuales, sacroilíacas o en puntos gatillo.
- ❖ **Infiltraciones esclerosantes (proloterapia), o de toxina botulínica, Ozonoterapia, Bloqueos nerviosos con corticoides e infiltraciones epidurales con corticoides (estas últimas recomendables en caso de dolor radicular por hernia discal, pero no en casos de lumbalgia inespecífica).**

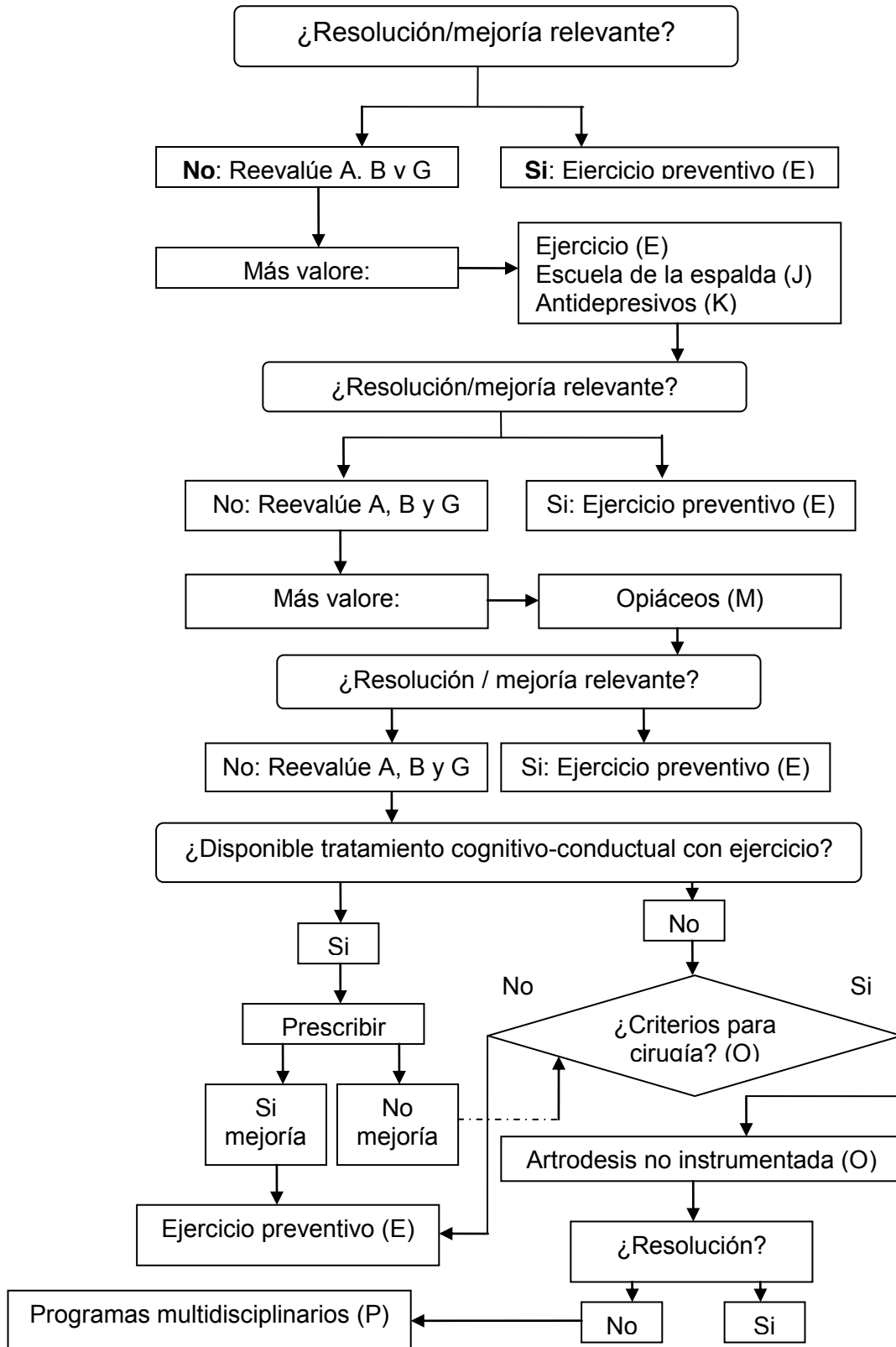
PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN O RECURRENCIA DE LA LUMBALGIA:

1. Prescribir ejercicio físico. Cualquier tipo de ejercicio físico tiene efecto preventivo y no hay datos para recomendar tipos e intensidades concretas.
2. 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. No se deben recomendar Escuelas de espalda basadas solo en aspectos de cuidados posturales.
3. No hay fundamento científico para recomendar para la prevención de la lumbalgia la manipulación vertebral, suelas o plantillas o alzas (en caso de disimetría de los miembros inferiores). Tampoco el uso de cinturones o fajas lumbares. Tampoco hay evidencia científica para recomendar ningún tipo de silla o colchón con fines preventivo, aunque los síntomas persistentes mejoran más con un colchón de resistencia intermedia que con uno muy firme.
4. En el caso de los trabajadores, cuanto más se prolongue la baja mayor es el riesgo de invalidez persistente. 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, que con ese fin, transitoriamente las condiciones y características ergonómicas de los puestos sean modificadas. Los programas que combinan educación sanitaria activa con ejercicio y medidas ergonómicas y organizativas que involucren a los trabajadores pueden tener efecto, probablemente discreto. **AUNQUE NINGUNA DE ESAS MEDIDAS HA RESULTADO SER EFECTIVA CUANDO SE APLICAN AISLADAMENTE.**

GUIA DE BOLSILLO de Lumbalgi



GUIA DE BOLSILLO de Lumbalgia



1 INTRODUCCION

El dolor lumbar es una causa importante de discapacidad. Ocurre en proporciones similares en todas las culturas, perturba la calidad de vida y el desempeño del trabajo, y es el motivo más frecuente de consulta médica. Pocos casos de dolor de espalda se deben a causas específicas; la mayoría son inespecíficos.

El dolor de espalda agudo es la presentación más común y generalmente desaparece espontáneamente antes de tres meses, con independencia del tratamiento. La lumbalgia crónica constituye un problema más complicado, que, a menudo, se acompaña de un marcado componente psicológico: insatisfacción en el trabajo y aburrimiento. El dolor crónico es diagnosticado a veces como fibromialgia, una dolencia circunscrita a los entornos urbanos (pues no se diagnostica en medios rurales) y que no difiere materialmente de otras formas de dolor crónico generalizado. Aunque los síntomas se suelen atribuir a las protrusiones discales detectadas radiográficamente, rara vez es ésa la causa del dolor, que por lo general no se ve aliviado por la cirugía.

La naturaleza y el curso generales de la lumbalgia demuestran que existe una visión limitada de su prevención, los mecanismos primarios causales permanecen indeterminados, no existe un enfoque adecuado para la prevención de la lumbalgia o sus recaídas. Los tratamientos son enfocados generalmente en disminuir los síntomas clínicos, sin tomar en cuenta la prevención (1).

Necesidad y destinatarios de esta guía:

Necesidad de la guía sobre lumbalgia aguda y crónica.

La lumbalgia inespecífica es la principal causa de gasto público por conceptos asistenciales y laborales. La padece en algún momento de la vida hasta el 80 % de la población general, y cada año genera en países europeos un costo equivalente aproximadamente entre 1.7 y 2.1 del producto interno bruto.

Están disponibles muchas tecnologías diagnósticas y terapéuticas para el manejo clínico de los pacientes con lumbalgia inespecífica. Aunque existe una importante presión de la industria de los profesionales implicados en cada caso para fomentar el uso de cada una de esas tecnologías, muy pocas han sido evaluadas con métodos científicamente válidos y todavía menos, han demostrado ser eficaces, efectivas y seguras o eficientes. Así, dependiendo de la capacidad de presión de las partes interesadas en cada tecnología, es muy variable de un ámbito a otro la frecuencia con la que cada procedimiento es usado.

Los datos disponibles sugieren que el uso habitual de algunas de esas tecnologías esta injustificado y genera molestias y riesgos innecesarios a los pacientes, y costos superfluos a los sistemas nacionales de salud.

Tan alarmante como la falta de estudios científicos validos sobre algunos aspectos del manejo clínico de la lumbalgia, es que la práctica clínica habitual no parece basarse estrictamente en los resultados de los realizados. Los datos disponibles sugieren que se abusa de procedimientos cuyos beneficios y riesgos son inciertos, mientras que se infrautilizan otros que han demostrado ser más eficaces, seguros, efectivos y/o eficientes. Por ello, en los últimos años se han desarrollado en diversos países guías de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica.⁵

Sin embargo las guías de práctica clínica existentes iniciales adolecen de varios problemas:

- Se refieren exclusivamente a la lumbalgia aguda que tiende a la resolución espontánea y desaparece por sí misma en 1 mes en más del 70 % de los casos.
- Los estudios disponibles demuestran que el impacto de la lumbalgia sobre la incapacidad y la merma de calidad de vida depende más de su duración que de su intensidad, por lo que los casos crónicos son los que generan mayor sufrimiento en los pacientes y elevan los costos sanitarios.
- Se ha tomado poco en cuenta las medidas enfocadas a la prevención de la lumbalgia y a su recurrencia.
- Por último los costos que genera el 70 % de los pacientes con lumbalgia aguda representan menos del 25 % del total de los costos que se derivan de la afección.

Por todos estos motivos, el verdadero problema médico, social y económico es la lumbalgia crónica cuyo manejo clínico no era abordado en las guías que inicialmente fueron elaboradas para lumbalgia.

Con estos antecedentes se puso especial atención en la elaboración de esta guía para que fuera completa y que incluyera recomendaciones referidas a la prevención de la lumbalgia y al manejo de los casos agudos y crónicos que cubriera tanto el ámbito de atención primaria como especializada.

Ya que la lumbalgia es una de las principales causas de consulta en nuestro sistema de salud, esta guía está dirigida a los profesionales de salud del 1º y 2º nivel de atención de salud sobre la prevención y el tratamiento de los pacientes con lumbalgia aguda y crónica.⁵

1.1. OBJETIVOS:

- **Objetivo General:**

El objetivo general de la presente guía es establecer los criterios técnicos y recomendaciones basadas en la evidencia actual, sobre la lumbalgia aguda y crónica, la efectividad de los tratamientos, mejorar los estándares de calidad de la atención de la salud y propiciar la integración terapéutica de programas especiales para promover el uso eficiente y racional de los recursos.

- **Objetivos Específicos:**

Detectar signos y síntomas de alarma que sugieran otras patologías.

1. Identificar hallazgos neurológicos y anatómicos que requieran atención por especialistas.
2. Evaluar las limitaciones funcionales que puedan ser secundarias al padecimiento.
3. Elegir la mejor opción para el manejo.
4. Incorporar al paciente con lumbalgia lo más pronto posible a sus actividades cotidianas y laborales.
5. Evitar las secuelas del dolor lumbar.
6. Reducir el impacto económico del padecimiento.
7. Promover medidas encaminadas a la prevención de la lumbalgia aguda y sus recurrencias.

2 CONTENIDO

2.1. Definiciones

¿Qué es Lumbalgia?

Lumbalgia, definiciones y clasificación:

- Lumbalgia es el dolor entre la parte inferior de las costillas y el límite inferior de los glúteos. La localización anatómica se encuentra ilustrada en la revisión de Jensen [Jensen, 2004].
- Lumbalgia Simple: es la lumbalgia que no puede ser atribuida a ninguna patología específica, comúnmente llamada, lumbalgia no específica, no complicada o simplemente lumbalgia. La lumbalgia es simple dolor mecánico en el sentido en que este puede variar con la postura o con la actividad y varía en el transcurso del tiempo en respuesta a cambios de actividades o del tratamiento. [Waddell, 2004].
- Dolor Radicular: dolor debido a irritación nerviosa, la lumbalgia puede ocurrir con o sin compresión radicular.
- Ciática: es un término usado para describir dolor y sensación de adormecimiento que van desde los glúteos, parte posterior de la pierna y hacia la pantorrilla y la punta del pie. Estos síntomas son causados por irritación del nervio ciático.
- Adicionalmente el dolor no específico proveniente del área lumbar puede ser referido en la distribución del nervio ciático.
- La lumbalgia es clasificada como:
 - **Aguda:** si esta ha durado menos de 6 semanas.
 - **Sub-Aguda:** si esta ha durado de 6 a 12 semanas.
 - **Crónica:** si esta ha durado más de 12 semanas.
- La Lumbalgia tiende a seguir un curso que fluctúa en días, semanas y meses. No siempre es posible distinguir entre un nuevo evento agudo y una exacerbación del proceso crónico
- El dolor crónico y la discapacidad frecuentemente están disociados del problema físico original. [van Tulder et al, 2004].

Incapacidad: definición y distinción del dolor.

- Incapacidad es la limitación de la actividad.
- Aunque el dolor y la incapacidad van mano a mano, no son lo mismo y si se falla en distinguir uno del otro, tendrá mayor impacto sobre el manejo.
- El dolor es un síntoma, mientras la incapacidad es percibida como una restricción de la función. [Waddell, 2004] (guía inglesa).

2.2. Epidemiología:

La prevalencia de dolor de espalda es reportada cerca del 70 % en ciudades industrializadas, la prevalencia en un año es cerca del 14 al 45 % y la incidencia en adultos se encuentra cerca del 56 % por año. El pico de prevalencia ocurre entre los 35 y 55 años. Los síntomas, los hallazgos patológicos clínicos y las imágenes radiológicas se correlacionan pobremente. No hay correlación entre los hallazgos neurológicos o patológicos en cerca del 85 % de las personas, un 4 % de las personas vistas con dolor de espalda presentan fracturas por compresión y cerca del 1 % neoplasias. La espondilitis anquilosante e infecciones son raras. La prevalencia del prolapso intervertebral de disco está cerca del 1 al 3 %.

Los factores de riesgo no están muy claros. Los orígenes sintomáticos más frecuentemente reportados son trabajo físico pesado, flexión, torceduras, levantar cosas pesadas, halar o empujar, posturas estáticas o vibraciones. Los factores de riesgo psicológico incluyen estrés, ansiedad, depresión, disfunción cognitiva, insatisfacción y estrés mental en el trabajo. El dolor de espalda agudo es usualmente auto limitado existe un porcentaje de recuperación del 90 % en 6 semanas, sin embargo del 2 al 7 % de la población desarrollan dolor crónico. Entre el dolor recurrente y crónico alcanzan cerca del 75 % al 85 % (5) de abstencionismo en el trabajo.

La lumbalgia aguda es uno de los principales diagnósticos de consulta en todas las latitudes de concentración humana. Cifras de Centros con estudios multicéntricos se aproximan a un 84 % de incidencia de problema sobre todo en población trabajadora.

Después de un episodio inicial de lumbalgia inespecífica, del 44 al 78 % de los pacientes sufren una recaída y del 26 al 37 % de los pacientes reinciden en ausencia laboral.

Existe poca evidencia científica de la prevalencia del dolor inespecífico de espalda.

Las mejores estimaciones sugieren que la prevalencia es de aproximadamente en 23 %, se estima que un 12 % de la población está inhabilitado por espalda baja dolorosa.

Las causas específicas de dolor son poco comunes y constituyen menos del 15 % del total de pacientes con dolor de espalda. (European Guidelines for the management of chronic non specific low back pain)

2.3. Monografía:

Definición y Diagnostico de Lumbalgia Inespecífica

La lumbalgia inespecífica se define como el dolor localizado entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de las nalgas, cuya intensidad varía en función de las posturas y la actividad física, suele acompañarse de limitación dolorosa del movimiento y puede asociarse a dolor referido o irradiado. El diagnóstico de lumbalgia inespecífica implica que el dolor no se debe a fracturas, traumatismos ni enfermedades sistémicas (como espondilitis, o afecciones infecciosas, vasculares, metabólicas, endocrinas o neoplásicas).

Antiguamente la lumbalgia inespecífica se atribuía a alteraciones de la estática o dinámica de la columna vertebral, como la espondilosis, la espondilolistesis, o la escoliosis, o a lesiones discales o facetarias, como la degeneración discal o facetaria. Sin embargo, esas imágenes se observan tan frecuentemente entre los sujetos sanos como entre los sujetos con dolor.

Se define lumbalgia inespecífica como todo aquel dolor localizado en la zona de referencia por debajo de las costillas hasta el límite inferior de las nalgas y no causado por fractura, traumatismos directos o enfermedades sistémicas, en el que no existe una comprensión radicular demostrada y subsidiaria de tratamiento quirúrgico (como ocurre en una minoría de casos de hernia discal sintomática o estenosis espinal sintomática).

Describimos el análisis diagnóstico inicial, las recomendaciones y sugerencias para el tratamiento del paciente con cuadro de lumbalgia aguda llegando a conclusiones y recomendaciones según el algoritmo adjunto y su guía respectiva. Cuando se llegan a realizar otros tipos de diagnósticos, el paciente es derivado para tratamiento específico.

2.3.1. Historia clínica

Espalda baja dolorosa (Lumbalgia aguda):

Aproximadamente dos tercios de los adultos sufren de espalda baja dolorosa, alguna vez en la vida; la verdad es que existe poca certeza en el enfoque que se les da a estos pacientes ya que generalmente el dolor no es específico y el diagnóstico preciso, o no es posible de realizar o no es necesario. En realidad los episodios de dolor son comunes en la población y por definición comprenden menos de 3 meses de duración. Los síntomas que caracterizan el dolor lumbar son el dolor agudo y el aumento del tono muscular y rigidez, este dolor se caracteriza por afectar el segmento lumbar con o sin dolor en los glúteos y en las piernas, en general es difícil de localizar. En muy pocos casos se trata de una patología riesgosa. Si el dolor se irradia hacia la pierna o distal a la rodilla deberán efectuarse estudios complementarios para descartar una hernia de disco.

Estudios experimentales sugieren que el dolor podría originarse en varias estructuras espinales incluyendo ligamentos, facetas articulares, periostio vertebral, musculatura paravertebral y fascia, vasos sanguíneos, anillo fibroso y raíces nerviosas espinales. Quizás la causa más común son lesiones musculares y ligamentosas relacionados a procesos degenerativos de la edad, en los discos intervertebrales y facetas articulares.

2.3.2. Examen Físico

El examen clínico del paciente nos proporciona entre el 80 y 90 % del diagnóstico del paciente. Con la valoración de la marcha, pedestación, examen clínico y pruebas específicas, incluyendo la prueba de Lasegue (extensión pasiva de la extremidad a 30°), pruebas musculares, de reflejos, de sensibilidad y pruebas especiales, encontramos un panorama bastante amplio de hallazgos preliminares que son la base de todo el seguimiento necesario para la resolución del problema.

Debido a que el diagnóstico es por exclusión, la evaluación diagnóstica es siempre frustrante, tanto para el médico como para el paciente, ya que debe realizarse una investigación exhaustiva, es pertinente dirigir 3 importantes preguntas:

1. ¿Es el dolor causado por una enfermedad sistémica.
2. Existen factores de distress social y psicosocial que puedan estar incrementando o prolongando el dolor.

3. Existe compromiso neurológico que pueda requerir evaluación quirúrgica.

Estas preguntas pueden ser respondidas generalmente basándose en una cuidadosa historia clínica y un minucioso examen físico, en la mayoría de los casos los estudios con imágenes son innecesarios.

Claves en el diagnóstico de enfermedades subyacentes incluyen, edad del paciente, historia de cáncer, inexplicable pérdida de peso, uso de drogas por vía endovenosa, procesos infecciosos recurrentes. La duración del dolor, la presencia de dolor durante la noche, y la respuesta a terapias previas.

En muchos pacientes con dolor debido a infecciones o cáncer, el dolor no se alivia con el reposo. Sin embargo estos hallazgos no son específicos para estas condiciones. La espondiloartropatía inflamatoria es más común en hombres de menos de 40 años. La artritis de cadera y rodilla aumenta la posibilidad de espondilitis.

El involucramiento neurológico, casi siempre es sugerido por la presencia de ciática o pseudoclaudicación (dolor en las piernas luego de caminar, que imita la claudicación isquémica). El dolor de la ciática o pseudoclaudicación, siempre se asocia con entumecimiento o parestesia.

Existen condiciones raras provocadas por un tumor o por herniación masiva de disco intervertebral hacia la línea media, retención urinaria e incontinencia están usualmente presentes siempre en asociación con pérdida sensorial en silla de montar, ciática bilateral y debilidad en las piernas.

El dolor prolongado puede estar asociado con fallo terapéutico previo, depresión y somatización, además de que el abuso de sustancias, insatisfacción en el trabajo, búsqueda de compensación por invalidez, y litigación, también pueden estar asociados con dolor persistente.

2.3.3. Estudios de laboratorio y gabinete

No son mandatorias las radiografías de la región lumbosacra en posiciones Antero Posterior (AP) y LATERAL para la lumbalgia inespecífica. Si hubiera algún otro hallazgo clínico, según se vaya desarrollando el manejo clínico del paciente según la guía y el algoritmo, deben realizarse (medición de extremidades, rayos X de caderas, rodillas, etc.), laboratorios mínimos: Hematología, v/s, Proteína C Reactiva (PCR), ácido úrico, factor reumatoideo, antiestreptolisina (ASO), examen general de orina. Si existen otras enfermedades sistémicas concomitantes también deben hacerse los estudios de la situación actual, repitiendo las evaluaciones periódicas y según los hallazgos verificar si el paciente sigue siendo parte de un manejo de lumbalgia inespecífica o se han determinado causas específicas de los síntomas, los cuales hacen variar la forma de estudio del paciente.

Estudios adicionales para otros tipos de patologías salen del alcance de la guía actual, por lo que no serán descritas (Por ejemplo infección, tumor, cáncer etc.)

2.3.4. Criterios Diagnósticos:

En función de la existencia o no de “señales de alerta”, se recomienda clasificar al paciente 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.

Las señales de alerta son:

❖ **Para enfermedad sistémica:**

- Dolor que aparece por primera vez antes de los 20 años ó después de los 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 grados 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.

❖ **Para derivación a cirugía:**

• **Para derivación inmediata y urgente:**

- Paresia relevante, progresiva o bilateral, pérdida de control de esfínteres de origen neurológico, anestesia en silla de montar (posible síndrome de cola de caballo).

• **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).

SINTESIS DE LA EVIDENCIA

Nivel A

Aunque hay poca evidencia científica sobre la sistemática de clasificación diagnóstica (“diagnostic triage”) existe consenso generalizado sobre la importancia y los principios básicos del diagnóstico diferencial.

A

Nivel A

La combinación de los datos de la historia clínica y el valor de los Niveles de Sedimentación Globular tienen una validez diagnóstica relativamente alta para sugerir cáncer vertebral.

A

Nivel A

Los estudios disponibles no permiten establecer la validez diagnóstica del signo de Lassegué

A

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.

- 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.
- 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.

Se recomienda evaluar la evolución del paciente en unas (2-6) semanas. Si en ese período el paciente no ha mejorado, se recomienda:

- Volver a evaluar la existencia de señales de alerta.
- Evaluar si el paciente presenta signos de mal pronóstico funcional.

Comentarios:

Las señales de alerta de enfermedad sistémica solo significan que existe un riesgo ligeramente más elevado de que exista una afección subyacente de este tipo, por lo que sugieren la conveniencia de que el médico valore la necesidad de prescribir pruebas de diagnóstico. No implican directamente la certeza de que exista enfermedad sistémica, ni que sea siempre indispensable pedir esas pruebas.

En los pacientes en que existen señales de alerta, la normalidad en los resultados de una radiografía simple y una Hematología completa prácticamente descartan la existencia de una enfermedad sistémica subyacente. La prescripción de pruebas diagnósticas de imagen más complejas (resonancia magnética o gammagrafía) deben reservarse para los pacientes en los que existe una fuerte sospecha de enfermedad sistémica, para las que esas pruebas tengan validez diagnóstica.

- 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 actitudes activas propias),
 - Conductas inadecuadas: (conductas de miedo y evitación, reducción exagerada 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).

SINTESIS DE LA EVIDENCIA

Nivel A	Los factores psicosociales de mal pronóstico funcional influyen en la cronificación de la lumbalgia, y especialmente, del grado de incapacidad asociado a ella	A
Nivel A	La falta de apoyo social en el trabajo y la baja satisfacción con el trabajo son factores de riesgo con la lumbalgia	A
Nivel B	La existencia de factores Psicosociales de mal pronóstico funcional en la vida privada constituyen un factor de riesgo para la lumbalgia	A

El grado de exigencia (Física) del trabajo no tiene efecto sobre la aparición de la lumbalgia

- Valorar la posibilidad de modificar la actitud diagnóstica o de pasar al siguiente escalón terapéutico -de acuerdo con las recomendaciones de esta Guía-.
- Repetir periódicamente este proceso tantas veces como sea preciso.

Para el diagnóstico de la lumbalgia inespecífica no se recomienda:

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

Síntesis de la Evidencia:

Nivel C	Hay pruebas contradictorias sobre la utilidad práctica del Electromiograma (EMG) en pacientes con radiculopatías y estenosis espinal	A
Nivel B	La discografía no es una prueba fiable para determinar el origen discogénico del dolor de espalda	A
Nivel B	Las pruebas de provocación facetaria no son fiables para determinar el origen facetario del dolor de espalda	A
Nivel A	Las pruebas quiroprácticas de palpación vertebral” y de “tejidos blandos” fiables (repetibles)	A

2.3.5. Resumen de 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. Para el tratamiento se recomienda:

2.3.5.1. Dar información positiva y tranquilizadora al paciente:

- La lumbalgia inespecífica no se debe a ninguna enfermedad grave subyacente (aunque el dolor pueda ser intenso), 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.

2.3.5.2. Recomendar al paciente que evite el reposo en cama y aconsejarle que mantenga el mayor grado de actividad física que el dolor permita (incluido el trabajo, si es posible)

SINTESIS DE LA EVIDENCIA:

Nivel C

En los pacientes agudos, la información adecuada mejora el estado funcional del paciente agudo (es decir, reduce la limitación de su actividad), acelera su recuperación y reduce el número de visitas (innecesarias) al médico.

A

Nivel A

El reposo en cama aumenta la intensidad y duración del dolor, el grado de incapacidad funcional, la duración de la baja laboral, y el riesgo de cronificación del episodio.

A

Nivel A

El reposo en cama es similar o peor que no aplicar ningún tratamiento o aplicar un placebo.

A

Nivel A

Aconsejar mantener el mayor grado de actividad posible mejora el dolor y el grado de incapacidad, y acorta el periodo de baja laboral.

A

2.3.5.3. Si la intensidad del dolor lo requiere prescribir fármacos de primera línea. Según su intensidad, el orden recomendado es:

- a. Paracetamol; entre 500 y 1000 mg cada 6 horas.
- b. Antiinflamatorios no esteroideos con horario (no PRN), preferentemente menos de tres meses para evitar complicaciones gastrointestinales.
- c. Antiinflamatorios (con horario) en adición de miorrelejante, preferentemente de menos de una semana.

SINTESIS DE LA EVIDENCIA

Nivel A

El paracetamol, sólo y asociado con opiáceos es eficaz para disminuir la intensidad del dolor.

A

Nivel A

Los antiinflamatorios administrados con horario por vía sistémica son eficaces para aminorar la intensidad del dolor.

A

Nivel A

Los relajantes musculares son eficaces para reducir el dolor, pero no para mejorar la contractura muscular.

A

Si detecta signos de mal pronóstico funcional se recomienda:

- Intentar modificarlos hablando con el paciente.
- Aplicar programas educativos breves que estén disponibles en su ámbito y se centren en el manejo activo (y no exclusivamente en la higiene postural)
- Prescribir ejercicio a partir de las 2-6 semanas. No se recomienda prescribirlo antes de que la lumbalgia (o de 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 de recomendarlo (entre la 2 y 6 semanas) depende de cada caso. Cualquier tipo de ejercicio físico tiene efecto, y no hay datos para recomendar una intensidad o tipo concreto; por lo que se recomienda prescribirlo teniendo en cuenta las preferencias del paciente.
- Prescribir “Escuela de la Espalda” a los pacientes a partir de las 4-6 semanas de dolor (especialmente si presentan signos de mal pronóstico funcional), pero solo si la existente en su ámbito se centra en el fomento del manejo activo (promoción de la actividad física, el mantenimiento o reasunción temprana de la actividad en caso de dolor, etc.). No se recomiendan las “Escuelas de la Espalda” centradas exclusivamente o esencialmente en conceptos de higiene postural o ergonomía.

SINTESIS DE LA EVIDENCIA**Nivel B**

Las escuelas de Espalda (centradas en el manejo activo) son efectivas para mejorar el dolor y el estado funcional en la lumbalgia subaguda y crónica a corto plazo (pero no más allá de 12 meses).

A**Nivel C**

La evidencia sobre el efecto de las Escuelas de la Espalda en los pacientes agudos, es contradictoria.

A

Prescribir fármacos de segunda línea: Antidepresivos Tricíclicos (Amitriptilina e Imipramina) a dosis analgésicas (esté o no deprimido el paciente). No se recomiendan los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, pues carecen de efecto analgésico.

Usarlos en pacientes con lumbalgia crónica intensa, estén o no deprimidos.

- En los que el dolor persiste pese a los tratamientos anteriores,

- Que no padezcan insuficiencia cardiaca o renal, EPOC ni glaucoma, ni estén embarazadas.

SINTESIS DE LA EVIDENCIA

Nivel A

Los antidepresivos Tricíclicos o cuatricíclicos tienen un efecto analgésico que mejora la intensidad del dolor lumbar

A

Nivel B

Los antidepresivos Tricíclicos o cuatricíclicos no mejoran el grado de incapacidad (actividad diaria)

A

Nivel A

Los antidepresivos que actúan por inhibición de la receptación de la serotonina carecen de efecto analgésico

A

- Prescribir Tratamiento Cognitivo Conductual ^a a:
 - Pacientes con lumbalgia intensa de más de 3 meses de duración si:
 - a. Presentan signos psicosociales de mal pronóstico funcional,
 - b. Se plantea la cirugía por “lumbalgia debida a degeneración discal” (el tratamiento psicológico y el ejercicio obtienen los mismos resultados con menos riesgo).
 - c. Pacientes con lumbalgia a partir de las 6 semanas de evolución pero sólo si existen (múltiples y graves) signos psicosociales de mal pronóstico funcional y el paciente está en situación laboral potencialmente activa (en esos pacientes, este tratamiento aporta ventajas esencialmente en el retorno al trabajo).

SINTESIS DE LA EVIDENCIA

Nivel A

El tratamiento cognitivo-conductual es efectivo para mejorar el dolor, el estado funcional y el retorno al trabajo.

A

Nivel C

El efecto del tratamiento cognitivo-conductual sobre el dolor, el estado funcional y la depresión es similar al del ejercicio.

A

Nivel C

En pacientes con lumbalgia crónica intensa asociada a degeneración discal, los efectos que consigue el tratamiento cognitivo conductual asociado al ejercicio son similares a los de la cirugía, con unos riesgos y efectos secundarios marcadamente menores

A

Nivel C

En pacientes en los que el dolor persiste tras cirugía discal (fracasada), el tratamiento cognitivo-conductual no es más efectivo que el de tratamientos que no han demostrado ser eficaces.

A

Nivel A

Los distintos tipos de tratamientos cognitivo conductuales que han sido evaluados obtienen resultados similares.

A

- Prescribir fármacos de tercera línea: Opiáceos: (preferentemente tramadol o compuestos de liberación lenta y con horario no PRN) en pacientes con exacerbaciones intensas de lumbalgia crónica que no respondan a los tratamientos anteriores. Se recomienda que los opiáceos sean manejados por médicos habituados a usarlos.

SINTESIS DE LA EVIDENCIA

Nivel A

El tramadol, solo o asociado con paracetamol, es más eficaz que el placebo para disminuir el dolor y el grado de incapacidad.

A

Nivel C

La morfina es más eficaz que el placebo para mejorar el dolor radicular, pero no el dolor lumbar.

A

Nivel C

La oxycodona y la combinación oxycodona-morfina de liberación lenta son más eficaces que el naproxeno.

A

- Prescribir programas rehabilitadores multidisciplinarios (que incluyan medicación propia de Unidades del Dolor, programas educativos, ejercicio y tratamiento psicológico y sean aplicados intensiva y coordinadamente al menos por, un médico, un psicólogo y un fisioterapeuta) a los pacientes con lumbalgia de más de 3 meses de evolución y en situación laboral potencialmente activa, en los que hayan fracasado todos los tratamientos monodisciplinarios previos, y a causa de su lumbalgia estén gravemente afectados en su salud física y psicológica, en su capacidad laboral y en su calidad de vida.

SINTESIS DE LA EVIDENCIA

Nivel A

Los programas multidisciplinarios de rehabilitación mejoran el dolor, el grado de incapacidad y el retorno al trabajo en los pacientes crónicos en los que han fracasado los tratamientos monodisciplinarios previos

A

Nivel B

Los programas multidisciplinarios de rehabilitación son más efectivos que la rehabilitación ambulatoria tradicional en esos pacientes

A

Nivel B

Los programas multidisciplinarios de rehabilitación sólo aportan ventajas con respecto a otros tratamientos más sencillos en los pacientes con mal pronóstico laboral (es decir, pocas probabilidades de regresar al trabajo)

A

No se recomienda prescribir cirugía por lumbalgia inespecífica, salvo que se den todos estos criterios:

- El dolor sea intenso e invalidante,
- Que haya persistido durante como mínimo 2 años pese a todos los demás tratamientos recomendados
- La fusión vertebral se plantee preferiblemente en un máximo de 2 segmentos,
- No estén disponibles en el área geográfica tratamientos cognitivo conductuales con ejercicio (obtienen resultados similares con menor riesgo).
- Se plantee exclusivamente la artrodesis (preferiblemente no instrumentada) y no otros procedimientos (ozonoterapia, núcleo o anuloplastia, tratamiento intra discal electrotermico (IDET por sus siglas en inglés: Intra Discal Electrothermal Therapy), nucleotomía percutánea, etc.)

2.3 6. PREVENCIÓN DE RECURRENCIAS

Con ese fin se recomienda lo siguiente:

- 2.3.6.1. Prescribir ejercicio físico. Cualquier tipo de ejercicio físico tiene efecto preventivo, y no hay datos para recomendar tipos (o intensidades) concretos.
- 2.3.6.2. Explicar al paciente (o entregarle un folleto consistente – el “Manual de la Espalda” -, o remitirlo a fuentes de información concordantes en Internet – www.espalda.org -) 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. No se recomienda centrarse en conceptos biomecánicos o de higiene postural.
- 2.3.6.3. En casos de episodios recurrentes o persistentes, valorar la recomendación de programas mixtos de aprendizaje de conceptos de higiene postural (en el trabajo) y ejercicio, pero no Escuelas de la Espalda centradas exclusiva o principalmente en aspectos de higiene postural.

- 2.3.6.4. 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 disimetría 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.
- 2.3.6.5. En el caso de los trabajadores: Cuanto más se prolongue la baja, mayor es el riesgo de invalidez persistente. 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 características ergonómicas de los puestos de trabajo. Los programas que combinan educación sanitaria (en manejo activo) con el 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.
- 2.3.6.6. En el caso de los escolares: No hay datos consistentes sobre el efecto del ejercicio, el sedentarismo (y las malas 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 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).

3 IMPLEMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DESEMPEÑO

Implementación local

La implementación local de este guía es responsabilidad de cada uno de los trabajadores de la salud del IGSS deben realizarse arreglos para implementar esta guía en cada una de las unidades del país.

Puntos clave de análisis del desempeño:

- Proporción de pacientes con dolor lumbar y signos de alarma que reciben un estudio radiológico
- Proporción de pacientes con dolor lumbar que reciben una prescripción para el dolor
- Proporción de pacientes con dolor lumbar sin signos de alarma que reciben un estudio radiológico
- Proporción de pacientes con dolor lumbar y signos de alarma que son referidos al especialista
- Proporción de pacientes que consultan nuevamente por dolor lumbar después de 1-3 semanas de la primera evaluación

4 Información para el uso racional de medicamentos

Subgrupos Farmacológico Químico	Efectos adversos	Contraindicaciones
Analgésicos antipiréticos Anilidas	Más frecuentes	Más significativas
	¿?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermedad hepática ✓ Enfermedad renal ✓ Alcoholismo
	Menos frecuentes	Interacciones
¿?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alcohol ✓ Anticonvulsivantes ✓ Aspirina ✓ Isoniazida ✓ Anticoagulantes orales ✓ Fenotiazinas ✓ Metoclopramida ✓ Colestiramina 	
Raros o muy raros	<ul style="list-style-type: none"> Trombocitopenia Leucopenia Pancitopenia Neutropenia Agranulocitosis Hipersensibilidad Asma 	

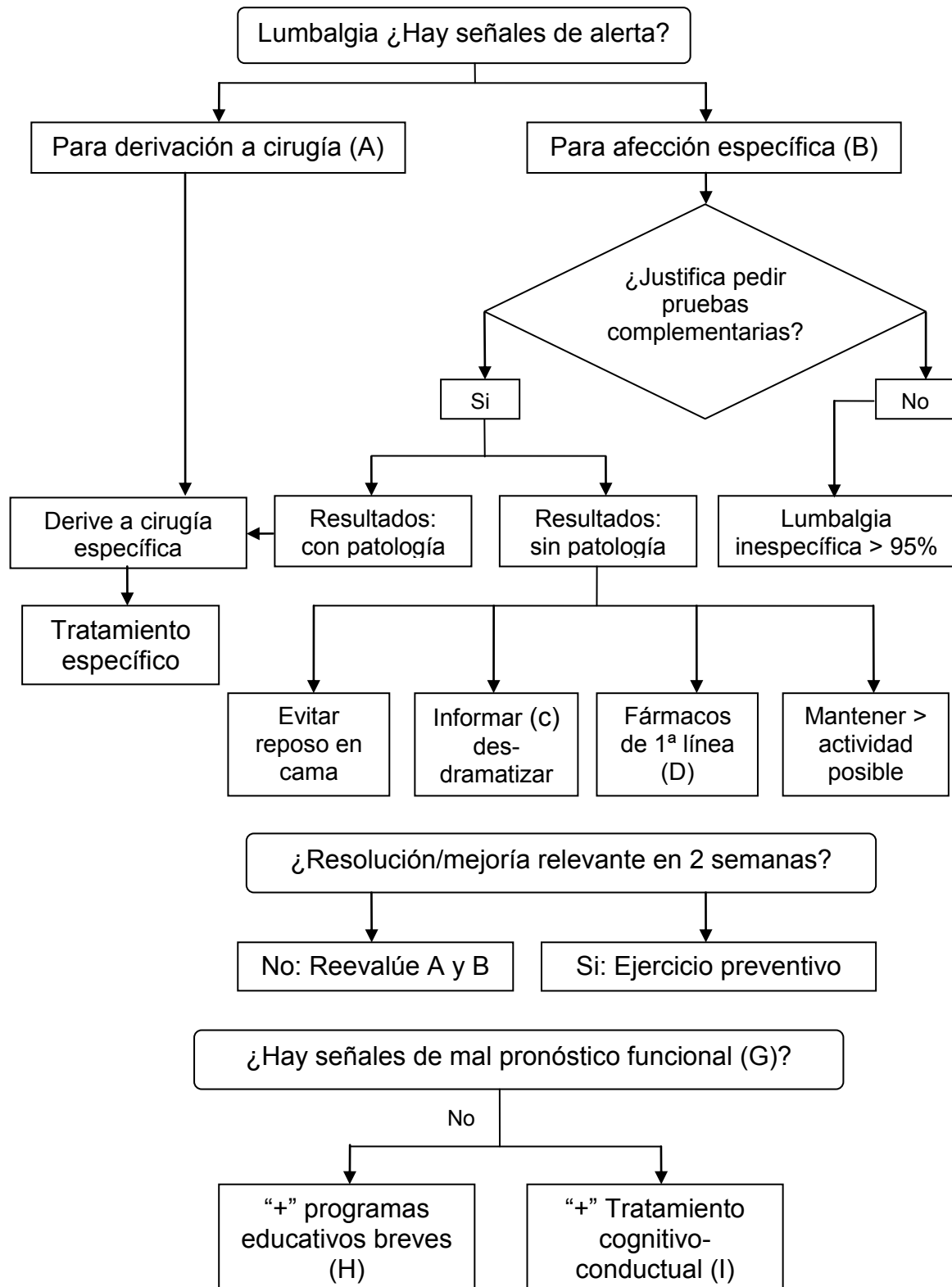
Subgrupos Farmacológico y Químico	Efectos Adversos	Contraindicaciones
Antiinflamatorios y Antirreumáticos no esteroideos derivados del Acido Acético	Más frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Úlcera péptica ✓ Hipersensibilidad ✓ Embarazo ✓ Asma bronquial ✓ Atopía
	Molestias gastrointestinales Náuseas Diarrea Cefalea Vértigo Mareos Nerviosismo Acúfenos Depresión Somnolencia Insomnio Úlcera péptica	
Antiinflamatorios y Antirreumáticos no esteroideos derivados del Ácido propiónico	Menos frecuentes	Interacciones Severas
	Anemia Trombopenia Neutropenia Eosinofilia Agranulocitosis Fotosensibilidad Nefritis intersticial Síndrome nefrótico Insuficiencia renal Hematuria Retención hídrica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anticoagulantes orales ✓ Inhibidores ECA ✓ Ciclosporina ✓ Tacrolimus ✓ Diuréticos ✓ Corticosteroides ✓ Clopidogrel ✓ Ticlopidina
Antiinflamatorios y Antirreumáticos no esteroideos derivados de Oxicams	Raros o muy raros	Interacciones moderadas
	Alveolitis pulmonar Eosinofilia pulmonar Pancreatitis Sx Stevens johnson Necrólisis epidérmica Exacerbación Colitis	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diuréticos ahorradores K ✓ Fenitoína ✓ Sulfonilureas ✓ Alcohol ✓ Zidovudina ✓ Ritonavir ✓ Pentoxifilina

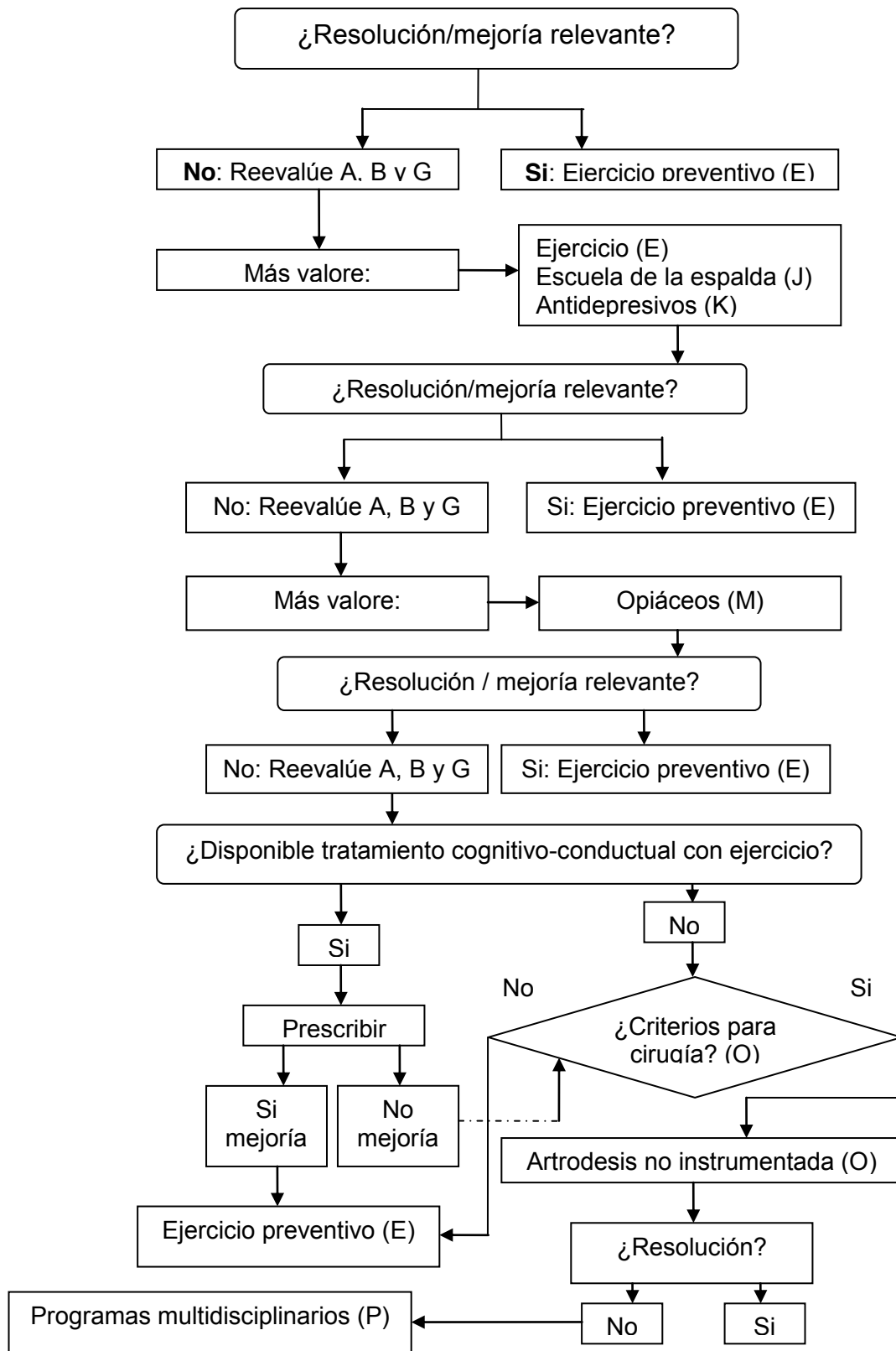
Subgrupo Químico	Efectos Adversos	Contraindicaciones
Alcaloides naturales Del opio y Otros opioides	Más frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Depresión respiratoria ✓ Obstrucción vías aéreas ✓ Alcoholismo ✓ Trastornos convulsivos ✓ Trauma cráneo ✓ Aumento presión intracraneal ✓ Coma
	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas Estreñimiento Somnolencia Confusión Sequedad bucal Mareos Sudoración Enrojecimiento facial Cefalea Vértigo Bradycardia Taquicardia Hipotensión ortostática Hipotermia Agitación Cambios de humor Disminución de la libido Euforia Micción difícil 	Contraindicaciones relativas
	Menos frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lactantes ✓ Insuficiencia adrenal ✓ Hipotiroidismo ✓ Asma ✓ Insuficiencia renal ✓ Insuficiencia hepática ✓ Hiperplasia prostática ✓ Hipotensión ✓ Shock ✓ Embarazo ✓ Miastenia gravis
	<ul style="list-style-type: none"> Espasmos ureterales Espasmos biliares Alucinaciones Miosis Depresión respiratoria Hipotensión 	Interacciones moderadas
	Raros o muy raros	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Otros opiáceos ✓ Selegilina ✓ Alcohol ✓ Anestésicos ✓ Hipnóticos ✓ Ansiolíticos ✓ Antidepresivos tricíclicos ✓ Antipsicóticos ✓ Ciclizina ✓ Cimetidina ✓ Domperidona ✓ Metoclopramida ✓ Cisaprida ✓ IMAO
	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de la presión Intracraneal Rigidez muscular Convulsiones Rabdomiólisis 	

Subgrupo Químico	Efectos adversos	Contraindicaciones
Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas	Más frecuentes	Más significativas
	Aumento peso Sabor agrio metálico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Infarto cardiaco reciente ✓ Trastornos conducción ✓ Uso de medicamentos depresores cardiacos
	Menos frecuentes	Interacciones significativas
	Visión borrosa Retención urinaria Sudoración excesiva	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Carbamacepina ✓ Tabaquismo ✓ Noradrenalina ✓ Guanadrel ✓ Clonidina ✓ Antihistamínicos ✓ Cimetidina ✓ Cocaína ✓ Anticonceptivos orales ✓ Corticosteroides ✓ Disulfiram ✓ Fluoxetina ✓ Inhibidores de la MAO ✓ Nafazolina oftálmica ✓ Oximetazolina ✓ Xylometazolina ✓ Fenilefrina ✓ Hormonas tiroideas ✓ Simpaticomiméticos
Raros o muy raros	Ictericia Leucopenia Exantemas	

5 ANEXOS

I ALGORITMOS





Aclaraciones del Algoritmo

Señales de alerta:

A: Para derivación de cirugía:

- a. Derive urgentemente a cirugía si observa cualquiera de estos signos:
Paresia relevante, progresiva o bilateral, pérdida del control de los esfínteres de origen neurológico, anestesia de 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 solo 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:

- a. Valore pedir radiografía (Rx) + analítica simple, RM o gammagrafía:

Dolor que aparece por primera vez en menores de 20 o mayores de 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 grados 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 lesión orgánica grave e irremediable (como “desgaste de las vértebras” o similar, pese a lo que el paciente pueda haber oído).
- 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 500 y 1000 mg c / 8 h.
- b. Anti inflamatorios no esteroideos AINES por vía general (no tópica) con horario PRN, preferentemente menos de 3 meses.
- c. AINES más una tanda de miorelajantes, preferentemente de menos de una semana.

E: Ejercicio:

No antes de 2-6 semanas de duración de la lumbalgia (o de la exacerbación de la lumbalgia crónica). Como preventivo 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.

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 exagerado 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 destigmatizadora con el paciente. Entregar un “manual de la espalda”, Folleto valido que fomenta el proyecto activo de la lumbalgia o darle una información de Internet con información consistente (www.espalda.org).

I: Tratamiento psicológico con cognitivo conductual:

Solo:

- a. Si la lumbalgia dura más de 6 semanas: si el paciente está en situación laboral potencialmente activa y existen múltiples y graves señales de mal pronóstico funcional.

b. Si la lumbalgia es intensa y dura más de 3 meses:

- Si han fracasado los tratamientos previos potencialmente útiles para el dolor, o:
- Junto con el ejercicio para sustituir la cirugía por “Lumbalgia de vida por degeneración lumbar”

J: Escuela de la espalda:

Solo si está disponible una escuela centrada en importancia de mantener la actividad física y no en educación tradicional “biomecánica y de Higiene postural”.

K: Antidepresivos:

Tricíclicos a dosis analgésicas. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina no tienen efecto analgésico.

M: Opiáceos:

Preferentemente de liberación lenta y de manera pautada (no “a demanda”) y preferiblemente manejados por médicos habituados a usarlos.

O: Artrodesis:

Preferiblemente no instrumentada y solo 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 (incluso el ejercicio),
- Solo se plantea artrodesis -preferentemente no instrumentada y preferiblemente un máximo de dos segmentos- y no otras técnicas como prótesis de disco, ozonoterapia, etc.

P: Programas multidisciplinarios:

Combinación de D, E, I, K y M, aplicados intensiva y cordialmente por, como mínimo, un médico, un psicólogo, y un fisioterapeuta, en unidades especializadas.

II Abreviaturas

AINES:	Anti Inflamatorios No Esteroideos
AP:	Antero Posterior
ASO:	Anti Estreptolisina O
SIDA:	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
EMG:	Electro Miograma
EPOC:	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
IDET:	Tratamiento Intra Discal Electro térmico
Mg:	miligramo
PRN:	Por Real Necesidad
RM:	Resonancia Magnética
Rx:	Radiografía
TAC:	Tomografía Axial Computarizada
SPECT:	Tomografía Simple Computarizada por Emisión de Fotones
PCR:	proteína C reactiva
v/s:	velocidad de sedimentación globular

III TABLAS UTILIZADAS EN LA PRESENTE GUÍA PARA EL NIVEL DE EVIDENCIA

Centro Cochrane para lumbalgia

NIVELES DE EVIDENCIA SOBRE DIAGNÓSTICO

NIVEL A	Resultados generalmente consistentes en una revisión sistemática de múltiples estudios diagnósticos de alta calidad.
NIVEL B	Resultados generalmente consistentes en una revisión sistemática de múltiples estudios diagnósticos de baja calidad.
NIVEL C	Resultados de un solo estudio diagnóstico de alta o baja calidad, o resultados inconsistentes en (una revisión sistemática de) múltiples estudios diagnósticos.
NIVEL D	No evidencia (ausencia de estudios diagnósticos)

NIVELES DE EVIDENCIA SOBRE PRONÓSTICO

NIVEL A	Resultados generalmente consistentes en (una revisión sistemática de) múltiples estudios prospectivos de alta calidad.
NIVEL B	Resultados generalmente consistentes en (una revisión sistemática de) múltiples estudios de baja calidad (estudios retrospectivos, de seguimiento de pacientes que forman parte de un grupo control sin tratamiento en un ensayo o series de casos).
NIVEL C	Resultados de un solo estudio (de alta o baja calidad), o resultados inconsistentes en (una revisión sistemática de) múltiples estudios.
NIVEL D	No evidencia (ausencia de estudios sobre factores pronósticos).

NIVELES DE EVIDENCIA SOBRE TRATAMIENTO

NIVEL A	Resultados generalmente consistentes en (una revisión sistemática de) múltiples ensayos clínicos de alta calidad.
NIVEL B	Resultados generalmente consistentes en (una revisión sistemática de) múltiples ensayos clínicos de baja calidad.
NIVEL C	Resultados de un solo ensayo clínico (de alta o baja calidad), o resultados inconsistentes en (una revisión sistemática de) múltiples ensayos clínicos.
NIVEL D	No evidencia (ausencia de ensayos clínicos controlados)

IV RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE DESARROLLO:

El grupo de desarrollo de la presente Guía formula las siguientes recomendaciones:

- Que se aplique la presente para su utilización en las unidades generales de Consulta Externa de las distintas unidades de la Institución para un manejo racionalizado del paciente y recursos.
- Que se promueva la formación de grupos de trabajo y de promotores para la educación de la población afiliada en la prevención del problema.
- Aumentar la cantidad de unidades de fisioterapia a nivel nacional ya que actualmente los pacientes deben movilizarse grandes distancias para sus tratamientos.
- Utilizar el algoritmo y la Guía de Bolsillo para los médicos de las unidades de primer y segundo nivel.
- Elaboración de Trifoliales educativos para pacientes que se distribuyan en las distintas Unidades a las que son referidos con diagnóstico de Lumbago, para que mantengan un plan educacional a mano con palabras y contenidos sencillo para su entendimiento y seguimiento.
- Que el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, sea basado en el uso de la Guía y las interconsultas y traslados se realicen de acuerdo a la evaluación y evolución clínica de los pacientes, adjuntando los métodos diagnósticos y terapéuticos utilizados para su inmediata atención y tratamiento.

V BIBLIOGRAFIA

Evidencia encontrada por la Búsqueda Sistemática

Guías Clínicas

1. Ak Burton, F Balaguè et al, European Guidelines for prevention in Low Back Pain, 2004. COST B13 Working Group. **AGREE 76%**
2. Even Laerum, Reidar Dullerud et al. Acute low back pain. The Norwegian back Pain Network .Oslo 2002. **AGREE 50%**
3. O Airaksinen, JI Brox et al. European Guidelines for the Management of Chronic non-specific low back pain. 2004. COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. **AGREE 76%**
4. Van Tulder Maurits, Annette Becker et al. European Guidelines fir the management of acute nonspecific low back pain in primary care. COST B13 Working Group Guidelines for the management of Acute Low Back pain in Primary Care. **AGREE 74%**
5. Van Tulder, Maurits, Trudy Bekkering et, al. Guía de Práctica Clínica Lumbalgia Inespecífica España 2005. **AGREE 78%**

VI Declaración de intereses:

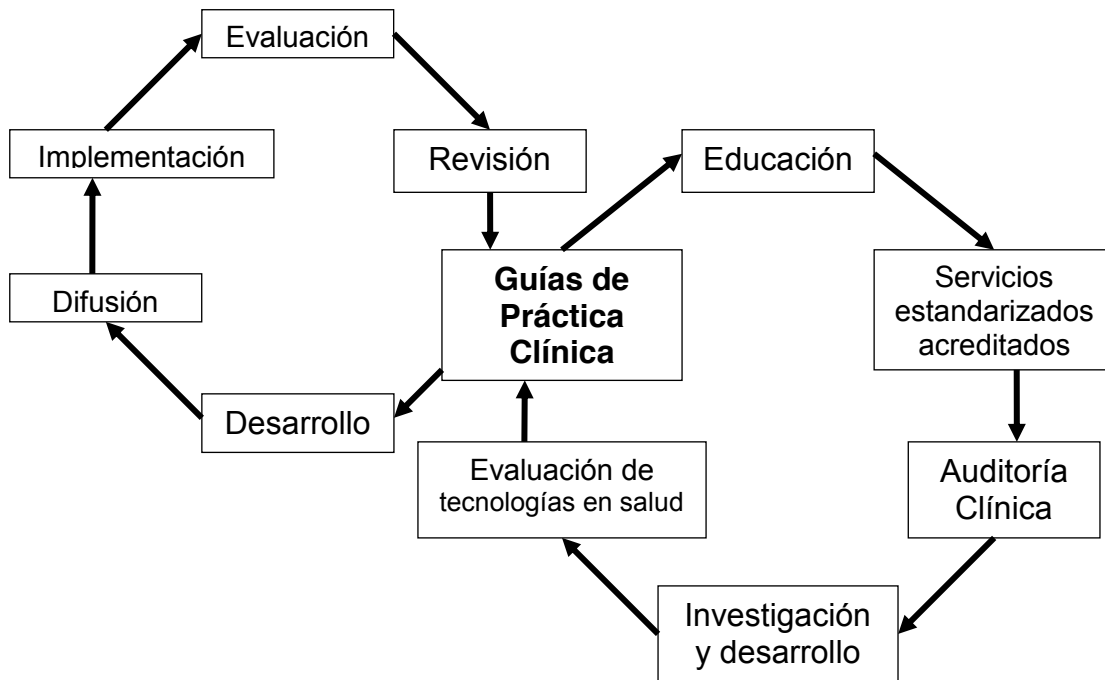
El grupo de desarrollo declara que NO posee conflicto de intereses. La realización de la Guía es con fines científicos exclusivamente, para su implementación y utilización dentro de la Institución; no hay patrocinios de empresas o laboratorios y el tiempo y recursos utilizados, son sin afán de lucro.

VII Elaboración y revisión: Fecha de la Elaboración: mayo de 2007. Revisión mayo/09

VIII Actualización:

Se actualizará cada 2 años, a menos que existan nuevas evidencias que ameriten una revisión temprana, será modificada.

Las Guías en su contexto tienen dos ciclos de procesos: El clínico que parte del desarrollo hasta su revisión para actualización y el técnico-administrativo que inicia con educación, hasta llegar a la evaluación de tecnologías en salud.



Tomado y adaptado de SIGN 50: A guideline developer's handbook. February 2001

Objetivo y Búsqueda sistemática

Estos criterios técnicos y recomendaciones tienen como objetivo presentar intervenciones basadas en la evidencia actual para fortalecer la efectividad de los tratamientos, apoyar los estándares de la calidad de la atención de la salud, propiciar la integración terapéutica de programas especiales y promover el uso eficiente y racional de los recursos.

Estrategia de Búsqueda: Se desarrolló una estrategia de búsqueda sistematizada para bases de datos especializadas en Guías Clínicas Basadas en Evidencia, que se adaptaron al contexto mediante un proceso sistemático de recolección y discusión en grupo y tomando como base para la elaboración de esta guía la de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Este Documento se escribió en el contexto de que no es un protocolo, así como tampoco pretende disminuir las responsabilidades de los profesionales de la salud al tomar decisiones apropiadas bajo las circunstancias individuales de los pacientes. Está dirigido para el Primer y Segundo Nivel de Atención.

CONTEXTO DE REALIZACIÓN Y UTILIZACIÓN

Con base en la evidencia científica existente, este documento busca estar en Concordancia con la Política Institucional de Medicamentos. Se espera que los profesionales de la salud del Instituto lo evalúen en el contexto cuando hagan ejercicio de su juicio Clínico y emitan sus criterios. **Sin embargo, no se pretende disminuir las responsabilidades de los profesionales de la salud al tomar decisiones apropiadas bajo las circunstancias individuales de los pacientes, en conjunto con el paciente y/o su representante legal.**