

Abordaje de la lumbalgia Approach of low back pain

Coppolillo, Fernando¹

¹ Médico de familia. Director de Planeamiento. Cooperativa Grupo de Práctica de Medicina Familiar. Docente Adscripto Departamento Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UBA.

fernando.coppolillo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Se entiende por lumbalgia el cuadro de dolor o disconfort que se ubica en la zona baja de la espalda, por debajo de la parrilla costal hasta la región superior de los miembros inferiores.

Se estima que el 50% al 90% de las personas experimentará al menos un episodio de dolor lumbar en algún momento de la vida, siendo más frecuente en la población activa, especialmente los hombres, con una incidencia máxima entre los 25 y 64 años.

Su forma más común es la lumbalgia inespecífica. La misma se presenta en aproximadamente el 90% de los casos, no tiene una causa identificable y resuelve, generalmente, en 2 semanas.

El 20 a 40% de quienes presenten lumbalgia inespecífica experimentará más episodios durante el primer año, y más del 70% tendrá una recurrencia en algún momento de la vida.

Solo una pequeña minoría, 2% a 7%, desarrollará lumbalgia crónica.

PREVENCIÓN DE LA OCURRENCIA Y RECURRENCIA DE LUMBALGIA

Educación del paciente y Actividad Física

- » El equipo de salud debe proporcionar al paciente información y material de educación sobre la prevención de la lumbalgia, haciendo hincapié en la responsabilidad del paciente en el cuidado de la espalda y la ergonomía del trabajo.
- » Debe informarse sobre el carácter generalmente benigno de la lumbalgia y su habitual resolución entre los 7 días y 6 semanas.
- » Debe recomendarse la práctica regular de actividad física como medida de prevención de la lumbalgia. No hay evidencia para recomendar a favor o en contra de algún tipo en particular de ejercicio, frecuencia o intensidad de la rutina.

Intervenciones no recomendadas

- » No se recomienda el uso de plantillas para la prevención de la lumbalgia.
- » Los soportes y cinturones lumbares no han demostrado ser eficaces para prevenir episodios.
- » No hay evidencia para recomendar a favor o en contra de los masajes y otras prácticas kinésicas como medida de prevención de la lumbalgia.
- » No hay evidencia para recomendar a favor o en contra del uso de colchones o silla específicos, ni sobre consumo de alcohol, tabaco o descenso de peso.

MANEJO DE LA LUMBALGIA AGUDA Y SUBAGUDA

Evaluación

La evaluación de un paciente con lumbalgia requiere una anamnesis exhaustiva y examen físico que incluya exploración neurológica completa con el objetivo de descartar:

- » **Patología grave (alertas rojas)**
- » **Factores de riesgo psicosociales (alertas amarillas)**

Patología grave (alertas rojas)

Si el paciente presenta:

- » Debilidad muscular en MMII.
- » Parestesias o hipoestesia en silla de montar, retención aguda de orina o incontinencia de aparición repentina.
- » Malestar general, fiebre o pérdida de peso.
- » Antecedente de trauma severo.
- » Empeoramiento nocturno o en reposo del dolor.

La presencia de alertas rojas indican alta probabilidad de patología de base grave. **Sospechar patología de base grave y proceder según el caso**

ALERTAS ROJAS	EMERGENCIA: en cuestión de hrs URGENCIA: dentro de las 24 - 48 hrs INTERCONSULTA : dentro de los 10 días
Mientras el paciente está esperando a ser visto por el especialista: recomendar analgesia, reposo y evitar la actividad. Asesorar a los pacientes que las pruebas son necesarias para el diagnóstico, pero que los resultados pueden no ser concluyentes. (continúa en página siguiente)	
<ul style="list-style-type: none"> » Síndrome de la cola de caballo - (inicio súbito, retención o incontinencia urinaria, hipoestesia o parestesias en silla de montar, impotencia funcional de MMII) - Derivación de EMERGENCIA » Empeoramiento no mecánico del dolor (por la noche o al acostarse), considerar infección / tumor - Derivación de URGENCIA para estudio y control del dolor. » Trauma significativo: considerar fracturas. Chequear presencia de inestabilidad y referir de URGENCIA. » Pérdida de peso, fiebre, antecedentes de cáncer / VIH, considerar la infección / tumor - Referir URGENTEMENTE para estudio (laboratorio/Resonancia Magnética) y tratamiento. » Uso de drogas intravenosas o esteroides: considerar infección / fractura por compresión. Remisión URGENTE a la cirugía de columna. » El paciente mayor de 50 años con lumbalgia severa, sin antecedente de episodios previos, INTERCONSULTA a la brevedad. » Ante la presencia de compromiso neurológico, considerar infección/tumor/enfermedad neurológica. INTERCONSULTA a la brevedad. 	

Riesgo psicosocial (alertas amarillas)

En ocasiones la lumbalgia se presenta en el marco de circunstancias psicosociales desfavorables que actúan como barreras para la recuperación, pudiendo aumentar el riesgo de compromiso funcional prolongado y pérdida de trabajo. La identificación de cualquier alerta amarilla puede ayudar cuando la mejoría se retrasa. Por lo tanto, debe realizarse una exploración exhaustiva para identificar factores de riesgo psicosocial que requieran un abordaje específico.

Los factores de riesgo psicosocial incluyen:

- » Creencia acerca de los riesgos del dolor y la actividad.
- » Comportamientos que sugieran percepción sobredimensionada del problema. Por ejemplo: largos reposos en cama.
- » Estado de ánimo deprimido, negativo o aislamiento social.
- » Creencias de que el tratamiento no funciona.
- » Beneficios secundarios del dolor.
- » Historia de lumbalgia y licencias prolongadas.
- » Problemas laborales, insatisfacción con el trabajo.
- » Trabajo pesado, alta carga horaria.
- » Sobreprotección familiar o falta de apoyo.
- » Violencia.

Estas situaciones requieren un abordaje interdisciplinario para diseñar un dispositivo de intervenciones múltiples que se adapte a las particularidades del caso, pudiendo incluir:

- » Educación del paciente y su familia.
- » Actividad física.
- » Evaluación por equipo psicosocial.
- » Intervenciones cognitivo-conductuales.
- » Manejo de caso.
- » Visitas periódicas de seguimiento y eventual interconsulta si la recuperación es lenta.

Laboratorio

Ciertas determinaciones tienen utilidad ante la sospecha de cáncer o infección. En ausencia de alertas rojas, no se recomienda la realización rutinaria de pruebas de laboratorio.

Diagnóstico por imágenes

En caso de lumbalgia inespecífica (ausencia de alertas rojas), las pruebas de diagnóstico por imágenes,

incluyendo rayos X, CT y MRI, no están indicados. En ausencia de alertas rojas, el uso rutinario de los rayos X no está justificado debido al riesgo de altas dosis de radiación y la falta de especificidad.

Plan de tratamiento

» Información y seguridad

Educar al paciente y describir el carácter benigno y la evolución a largo plazo de la lumbalgia. Proporcionar materiales educativos que refuercen el consejo verbal, para reducir el miedo y la ansiedad, y poner énfasis en la auto-gestión de los cuidados.

» Frío o calor

En las primeras 72 horas recomendar compresas frías (hielo), después de las 72 hs puede aplicarse indistintamente frío o calor de acuerdo a la preferencia del paciente. Ni el calor ni el frío debe aplicarse directamente sobre la piel, ni por más de 15 a 20 minutos. Usar con precaución si la persona refiere no percibir mejoría con su aplicación.

» Recomendar mantenerse activo

Los pacientes deben ser advertidos para mantenerse activos y continuar con su actividad habitual, incluyendo trabajo, dentro de los límites permitidos por el dolor. **El ejercicio físico está recomendado.**

Los pacientes deben limitar o reducir el ritmo de cualquier actividad o ejercicio que le cause irradiación del dolor. El autotratamiento con un programa de ejercicios que no esté especialmente diseñado para el paciente, puede agravar los síntomas.

» Reintegro al trabajo

Fomentar el regreso temprano al trabajo.

Los trabajadores con lumbalgia de más de 6 semanas deben reincorporarse al trabajo con el apoyo de un programa interdisciplinario de rehabilitación que incluye el manejo de caso, la educación acerca de mantenerse activo, apoyo psicológico cognitivo-conductual y la participación en un programa de ejercicios. Debe informarse a los pacientes que el trabajo, a pesar de persistir con algunas molestias residuales, no es una amenaza y no le hará daño.

» **Analgesia**

Si el dolor requiere la prescripción de un analgésico, se recomienda indicarlo en tomas regulares. Primera elección paracetamol; segunda elección AINES. Puede contemplarse la adición de un curso corto de relajantes musculares (benzodiazepinas, carisoprodol) si los AINES, o el paracetamol no han logrado reducir el dolor. La efectividad de los opiáceos no es superior a los AINES para el tratamiento de la lumbalgia. Su uso puede reservarse cuando hay un dolor muscular intenso asociado. Al igual que los AINE; se prefiere la toma a intervalos regulares por sobre la administración a demanda.

» **Se desaconseja el tratamiento con tracción por el riesgo de eventos adversos**» **Se desaconseja la masoterapia y la electroestimulación**» **No prescribir reposo en cama como tratamiento.**

Si el paciente debe descansar, el reposo en cama se debe limitar a no más de 2 días. El reposo en cama durante más de dos días retrasa la recuperación. Existe evidencia de que el descanso prolongado en cama es perjudicial.

» **En pacientes con lumbalgia aguda o subaguda, la evidencia no es concluyente sobre los beneficios de la acupuntura.**» **Se desaconseja el uso de corticoides orales**
El uso de corticoides epidurales puede reservarse en caso de dolor radicular de duración mayor a 6 semanas.**Seguimiento**

Si el dolor es severo y no ha disminuido, control en 7 días y agregar miorrelajante.

Si el dolor es moderado y no ha cedido, control en 3 semanas. Si mejora pero no resolvió, control a las 6 semanas.

Si a las 6 semanas persiste el dolor, puede indicarse:

- » Masajes.
- » Movilización espinal.
- » Manipulación espinal por un quiropráctico entrenado.

Si se identifica patología grave (alertas rojas), manejo de caso.

Si se identifica riesgo psicosocial (alertas amarillas), o el paciente tiene dificultades para volver al trabajo, se sugiere abordaje interdisciplinario.

LUMBALGIA CRÓNICA» **Estudios de imágenes**

La radiografía simple aporta poca información diagnóstica en las lumbalgias crónicas. Los estudios de imágenes de mayor complejidad deben reservarse ante la presencia de alertas rojas y la selección del mismo debe orientarse a la sospecha. Por ejemplo: RMN o centellograma ante la sospecha de tumores.

» **Laboratorio**

Solo ante la sospecha de cáncer o infección. En ausencia de alertas rojas, no se recomienda la realización de pruebas de laboratorio.

» **Programas de auto-manejo.**

Cuando esté disponible, puede referirse a los pacientes, interesados en aprender habilidades de afrontamiento del dolor, a talleres específicos.

Estos talleres forman parte de programas de gestión de enfermedades crónicas y se enfocan en la enseñanza de habilidades básicas como aprender a identificar posibles factores causales de exacerbaciones del dolor o mejorías, técnicas de relajación, ritmo de actividad, habilidades de comunicación, y modificación de pensamientos negativos o catastróficos. Los talleres incluyen la indicación de 'tareas' para fomentar la confianza de los propios participantes en su capacidad para gestionar con éxito el dolor y mejorar su funcionalidad en el "día a día". La mayoría de estos programas comunitarios también incluyen el ejercicio y la planificación de actividad física que también está recomendada.

» **Actividad física y ejercicio terapéutico**

Los pacientes deben ser animados a iniciar un ejercicio suave y aumentar poco a poco su nivel de ejercicio de acuerdo a su tolerancia al dolor. No se requiere contar con equipos sofisticados. Alternativas de bajo costo incluyen cami-

nar sin supervisión y programas de ejercicio en grupo.

La modalidad grupal tiene el beneficio adicional del apoyo de los compañeros, mejora la autoconfianza y promueve el auto-manejo con menor intervención médica.

Si el ejercicio empeora sistemáticamente el dolor debe solicitarse una interconsulta.

» **Rehabilitación activa**

Un programa de rehabilitación activa incluye:

- La educación sobre los principios de la lumbalgia.
- Auto-gestión de los cuidados (ver recomendación de programas de autocuidado)
- Reanudación gradual de las actividades normales (incluyendo el trabajo físico y ejercicio) según la tolerancia.
- El ejercicio terapéutico: Existe evidencia sólida de que el ejercicio terapéutico es eficaz para la lumbalgia crónica. No hay pruebas concluyentes en cuanto a que tipo de ejercicio terapéutico es mejor. Se recomienda implementar un programa de ejercicio terapéutico centrado en la persona.

» **Masajes, la acupuntura y la estimulación nerviosa transcutánea (TENS)**

Están recomendados para el tratamiento de la lumbalgia crónica.

» **Analgesia**

El paracetamol, los AINES y los miorrelajantes están recomendados.

» **Antidepresivos**

Los antidepresivos tricíclicos a bajas dosis tienen un efecto leve a moderado en la lumbalgia crónica.

» **Terapia cognitivo-conductual**

El tratamiento cognitivo conductual es una alternativa cuando no se cuenta con programas grupales.

» **Interconsulta**

Remitir a los pacientes con compromiso funcional grave persistente que no han respondido a un programa de rehabilitación activa interdisciplinario.

En pacientes con lumbalgia crónica, la evidencia es insuficiente para recomendar a favor o en contra de la quiropraxia.

BIBLIOGRAFÍA

Guideline for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain. 2009. Alberta Clinical Practice Guidelines program. Colegio médico de Alberta, Canadá. Marzo 2009

Low back pain. Early management of persistent non-specific low back pain. Mayo 2009 (NICE)

MATERIAL EDUCATIVO

¿Qué es la lumbalgia?

La lumbalgia es el dolor que se ubica por debajo de las costillas y por encima de la parte superior de las piernas. Es muy común y afortunadamente, la mayor parte de las veces sólo dura unos pocos días o algunas semanas.

La causa exacta del dolor es a menudo difícil de encontrar. Los síntomas más comunes son tensión, dolor y/o rigidez.

Con la información, apoyo y tratamiento adecuado, la mayoría de las personas descubren que pueden manejar sin dificultades la lumbalgia.

A quien va dirigido este folleto

Este folleto explica lo que usted puede hacer para recuperarse de la lumbalgia y volver a sus actividades normales tan pronto como sea posible.

Está dirigido a personas que tienen o han tenido lumbalgia.

No es para personas cuyo dolor es causado por:

- » Fractura, infección, tumores.
- » Enfermedad inflamatoria como la espondilitis anquilosante.
- » Irritación o compresión de los nervios que principalmente afecta a las piernas.

Si usted tiene dolor lumbar junto a cualquiera de los siguientes síntomas, consulte a su médico de familia de inmediato: debilidad muscular en las piernas, pérdida de sensibilidad u hormigueo en las piernas, las nalgas o el área genital, problemas para orinar o ir de cuerpo de aparición repentina, sensación de malestar general.

Diagnóstico: Descubriendo lo que está mal

Cuando vea a su médico de familia, él le hará preguntas y lo examinará. En raras ocasiones el dolor de espalda es causado por una enferme-

dad subyacente (como una fractura, tumor o infección).

Si su médico piensa que esto es posible, le solicitará los estudios que correspondan.

De lo contrario, **no será necesario realizar radiografías ni una resonancia magnética**, debido a que no le ayudará a encontrar la causa de su dolor ni a elegir el tratamiento más adecuado. Por otra parte, no es recomendable abusar de este tipo de estudios porque los rayos X pueden dañar nuestro organismo.

¿Que puede hacer usted?

Los siguientes consejos pueden ayudarlo a controlar el dolor, recuperarse rápidamente y continuar haciendo todo lo que le gusta. También puede ayudarlo en el caso de volver a presentar un nuevo episodio de lumbalgia en el futuro.

- » **Manténgase activo:** A pesar de que el dolor pueda hacerle sentir que es imposible, permanecer activo y aumentar gradualmente la actividad física diaria le ayudará a su espalda.
- » **Tome la medicación en forma regular:** Tomar la medicación que le indicó su médico le permitirá mantenerse activo, no espere a que el dolor sea muy intenso para tomarlas. Los antiinflamatorios no van a enmascarar signos de alarma ni van a empeorar el cuadro.
- » Realice ejercicios y actividad física en forma regular: Esto le ayudará a mantener su espalda entrenada y saludable. Si bien caminar, nadar o hacer yoga suelen recomendarse con más frecuencia, la evidencia demuestra que cualquier tipo de ejercicio es útil para mejorar y prevenir la lumbalgia. Por eso, usted puede elegir el que más le guste y tenga al alcance de la mano. Su médico o enfermero pueden ayudarlo a elegir un programa de ejercicios adecuado para usted.
- » **Realice cambios en su vida cotidiana:** Preste atención e intente descubrir que cosas agravan el dolor. El estrés, las tensiones, ciertas posturas en el trabajo, en la casa o mientras maneja, pueden estarle afectando y necesite hacer cambios.

Tratamiento

Existen muchos tratamientos disponibles para la lumbalgia. Es difícil predecir quien se va a beneficiar con cada uno. Usted podrá discutir con el equipo de salud las opciones disponibles y decidir juntos cual o cuales elegir.

- » El paracetamol en comprimidos es la primera opción como tratamiento del dolor. Es un medicamento seguro y muy efectivo para el tratamiento de la lumbalgia.
- » Si la persona no mejora puede cambiarse por un antiinflamatorio como el diclofenac, solo o asociado a un relajante muscular.
- » Frío y calor: se recomienda colocar frío en la zona de dolor varias veces al día durante no más de 10 o 15 minutos por vez. Pasados los tres primeros días, se puede continuar con frío o cambiar por calor de acuerdo a la respuesta de cada persona.
- » Mantenerse activo
- » Comenzar o continuar con un plan de ejercicios.

Cuando el dolor se prolonga o la mejoría es lenta puede requerirse derivar al paciente a un programa de tratamiento intensivo a cargo de un equipo formado por médico, enfermero, psicólogo, trabajador social y profesor de educación física.
