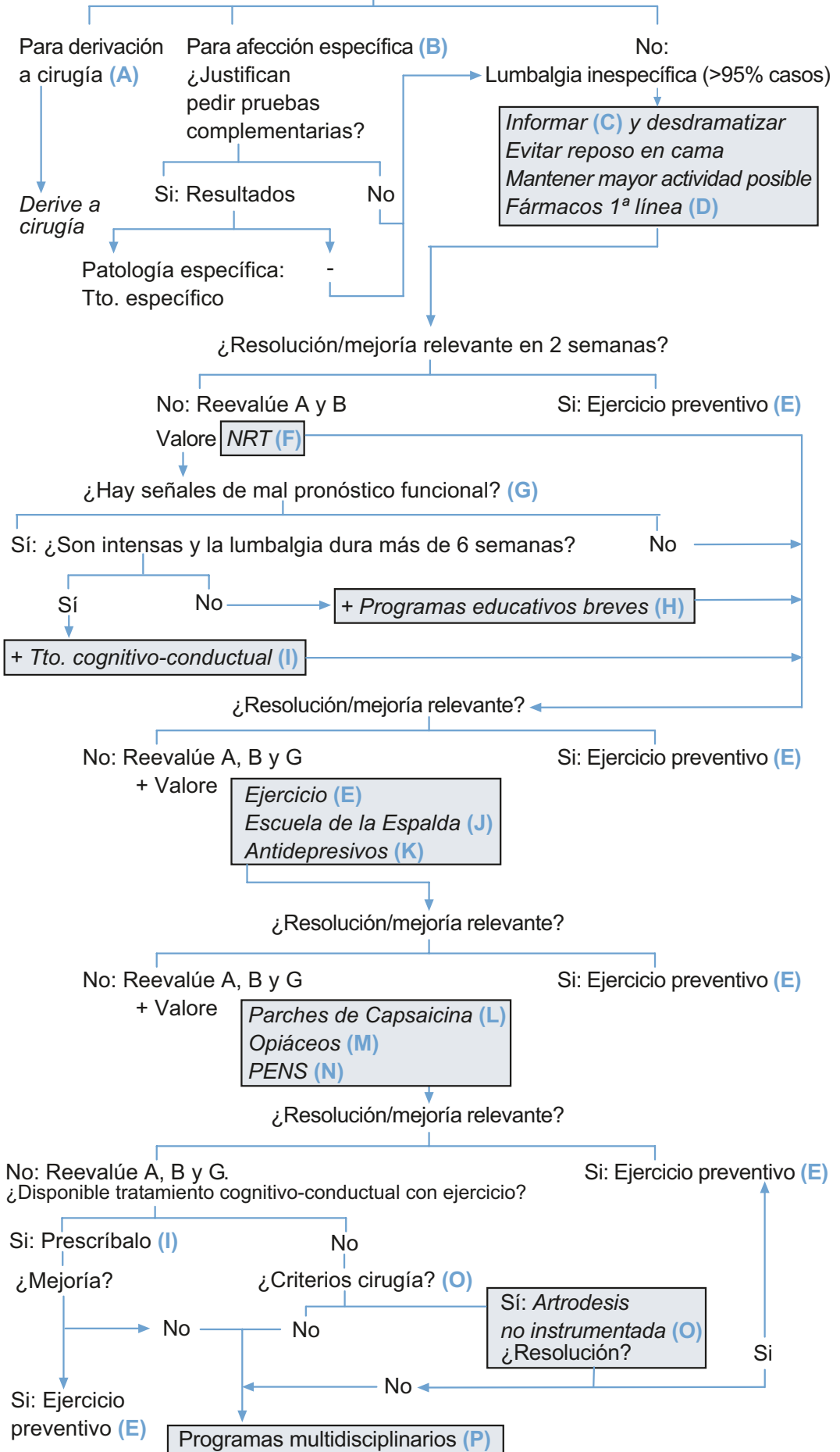


LUMBALGIA

Lumbalgia: ¿Hay señales de alerta?



ACLARACIONES AL ALGORITMO

Señales de alerta:

A: Para derivación a cirugía:

- a) Derive urgentemente a cirugía si observa cualquiera de estos signos: 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).
- 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 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).

B: Para enfermedad sistémica: Valore pedir RX+analítica simple, RM o gammagrafía: Dolor que aparece por primera vez <20 ó >55 años, dolor no influido por posturas, movimientos y esfuerzos, dolor exclusivamente dorsal, dolor de predominio nocturno, déficit neurológico difuso, imposibilidad persistente de flexionar 5º 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 650 y 1000 mgs cada 6 horas.
- b) AINEs por vía general (no tópica) pautados (no "a demanda"), preferentemente menos de 3 meses. El ibuprofeno y el diclofenaco son los que generan una tasa menor de complicaciones gastrointestinales.
- c) AINEs más una tanda de miorrelajantes, preferentemente de menos de 1 semana.

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

F: NRT: Intervención neuroreflejo-terápica: Si, pese al tratamiento previo, lumbalgia persiste 14 o más días, es moderada, intensa o muy intensa (>3 puntos en escala de 0 a 10), y existe una Unidad acreditada en el ámbito geográfico de que se trate.

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 exagerada 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 desdramatizadora con el paciente. Entregar un "Manual de la Espalda" (folleto validado que fomenta el manejo activo de la lumbalgia) o darle una dirección de Internet con información consistente (www.espalda.org).

I: Tratamiento (Psicológico) Cognitivo Conductual: Sólo:

- 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, o.
- 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 debida a degeneración discal"

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: Tri o tetracíclicos, a dosis analgésicas (equivalentes a 10-25 mgs de amitriptilina cada 12 horas), esté o no depresivo el paciente. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina no tienen efecto analgésico.

L: Parches de Capsaicina: Si dolor intenso o muy intenso (>5 puntos en escala de 0 a 10).

M: Opiáceos: Preferentemente de liberación lenta y de manera pautada (no "a demanda") y preferiblemente manejados por médicos habituados a usarlos.

N: PENS: Neuroestimulación percutánea: Sólo si hay especialista entrenado disponible.

O: Artrodesis:

- Preferiblemente no instrumentada y sólo 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 (incluido el ejercicio),
 - Sólo se plantea artrodesis -preferentemente no instrumentada y preferiblemente en un máximo de 2 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 coordinadamente por, como mínimo, un médico, un psicólogo y un fisioterapeuta en Unidades especializadas.