

	ABORDAJE PRÁCTICO CLÍNICO PARA MANEJO DEL DOLOR LUMBAR	
--	---	--

1. PROPÓSITO

Unificar el manejo de pacientes con diagnóstico de Dolor Lumbar que lleguen al servicio de urgencias, con el fin de resolver pronta y oportunamente su sintomatología evitando las complicaciones y las posibilidades de reingreso

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todo personal del área asistencial que labora en el servicio de Urgencias.

3. DEFINICIONES

- **Dolor Lumbar:** Es el dolor limitante e incapacitante de la mecánica de la musculatura lumbar asociada a espasmo y discopatía. Es un dolor común en urgencias, donde en una gran cantidad de episodios, el dolor se autolimita. Son alteraciones mecánicas inherentes a las estructuras de la columna lumbosacra. Pueden tener o no radiculopatía, **lo que no cambia el manejo inicial**, por lo menos en las primeras seis semanas. Recuerde tiene una gran componente emocional y debe saberlo abordar para evitar el reingreso.
- **Duración:** Según su duración, comprende lumbalgia aguda: evolución menor de seis semanas; lumbalgia subaguda: entre seis y doce semanas y lumbalgia crónica: evolución mayor a doce semanas.
- **Dolor Lumbar típico:**
 - Lumbalgia muscular sin radiculopatía
 - Lumbalgia muscular con radiculopatía

ETIOLOGIA:

- Espasmo muscular:
 - 60 - 70% del total de pacientes.
 - Dolor no irradiado, aumenta con actividad.
 - Por trauma o estrés mecánico en somatización.
- Hernia discal: son el 25%
 - 80% de pacientes con hernia discal refieren dolor lumbar.
 - Dolor lumbar quemante, intermitente, parestesias.
 - Lasegue (+)? Búsquelo y documente su ausencia o presencia.
- Artrosis: del 5 al 10%
 - Pacientes > 75 años.
 - Dolor tipo picada irradiado a miembros inferiores, rigidez, limitación de arcos de movilidad.
 - Aumenta con marcha y bipedestación.
- Espondilolisis/Espondilolistesis: son el 5%
 - Pacientes jóvenes
 - Dolor irradiado a glúteos y muslo posterior.
 - Aumenta con actividad y con extensión de la columna.

	ABORDAJE PRÁCTICO CLÍNICO PARA MANEJO DEL DOLOR LUMBAR	
--	---	--

- **Dolor lumbar atípico:** Ocasionado por patología diferente a la de origen osteomuscular, no relacionado con la mecánica de la columna lumbosacra.

4. CONTENIDO

Es importante resaltar que una adecuada historia clínica, acompañada de un examen físico completo, puede evitar gastos inadecuados en exámenes y prevenir complicaciones muy graves a largo y corto plazo.

4.1. INTERROGATORIO:

En el diligenciamiento de una historia clínica completa se deben buscar factores desencadenantes o predisponentes del dolor: Interrogue por antecedente de trauma, cirugías de columna, embarazo, etc. (Cualquier cosa que le haga pensar en alteraciones de la mecánica osteomuscular)

Elabore una historia completa, la cual debe incluir la ALICIA. Documente (trauma, tumor, infección), dolor mecánico (inestabilidad, discopatía), dolor radicular (hernia discal, estenosis), dolor nocturno (tumor) y síntomas asociados como fiebre y pérdida de peso (infección, tumor).

Se debe esclarecer la localización de la raíz nerviosa, inicio (mecanismo), evolución, intensidad, factores que agravan y alivian y si ha recibido tratamiento. Esto con el fin de guiar adecuadamente el examen físico hacia las posibilidades diagnósticas.

4.2. EXAMEN FISICO

Examen físico completo. Descarte dolor irradiado por patología abdominal. Evalúe región inguinal. Lo más importante es examinar la región lumbar (anatomía, asimetrías musculares, evidencia de equimosis o lesiones superficiales que orienten a diagnóstico de trauma antiguo o reciente), compromiso neurológico asociado.

El examen físico debe ser completo, incluyendo examen genital, para evaluar la columna y la función neurológica de las extremidades. No tacto rectal.

Documente la presencia o ausencia de Lasegue, Valsalva, Patric o Fabere.

No genere expectativas de imágenes, pues estas no son pertinentes en urgencias.

4.4 MANEJO

Se ha encontrado que, junto con los analgésicos, el manejo del dolor en urgencias tiene un gran beneficio con la terapia física. Por lo que se realiza manejo conjunto del mismo por medicina y fisioterapia de manera **ambulatoria**. Se dará terapia a pacientes sin signos de alarma, que sean sugestivos de dolor mecánico localizado. Su meta es llegar a dolor 4/10 o menos para egresar el paciente. No genere expectativas de cero dolor.

- Médico Hospitalario: Inicia tratamiento farmacológico. Valorar evolución del dolor. Si evoluciona satisfactoriamente, dar salida con tratamiento sintomático (analgésicos de 7 a 10 días), reposo de 1 a 2 días y fisioterapia temprana,

	ABORDAJE PRÁCTICO CLÍNICO PARA MANEJO DEL DOLOR LUMBAR	
--	---	--

relajación y sedativa ambulatoria. VAS: >8 morfina; VAS entre 4 y 7, sinergia entre AINES y codeína o tramadol. Recuerde este puede ser el caso de iniciar terapia con Dexametazona para el dolor con radiculopatía. Si el dolor no mejora, realizar interconsulta a neurocirugía o cirugía de columna (**si cumple criterios**).

- Médico Especialista: Establece el manejo de dolor lumbar e inicia manejo terapéutico que establecerá con farmacología y terapia física según criterio. Valora alternativas de conducta según evolución, para determinar destino del paciente (salida, control en dos horas en fastrack, observación para definir interconsulta).
- Fisioterapeuta: realiza y proporciona terapia física de relajación y sedativa para manejo del dolor (no para resolver el lumbago). Si cuenta con uno.

4.5 CRITERIOS PARA SOLICITUD DE INTERCONSULTA

(Dolor Lumbar con signos de alarma):

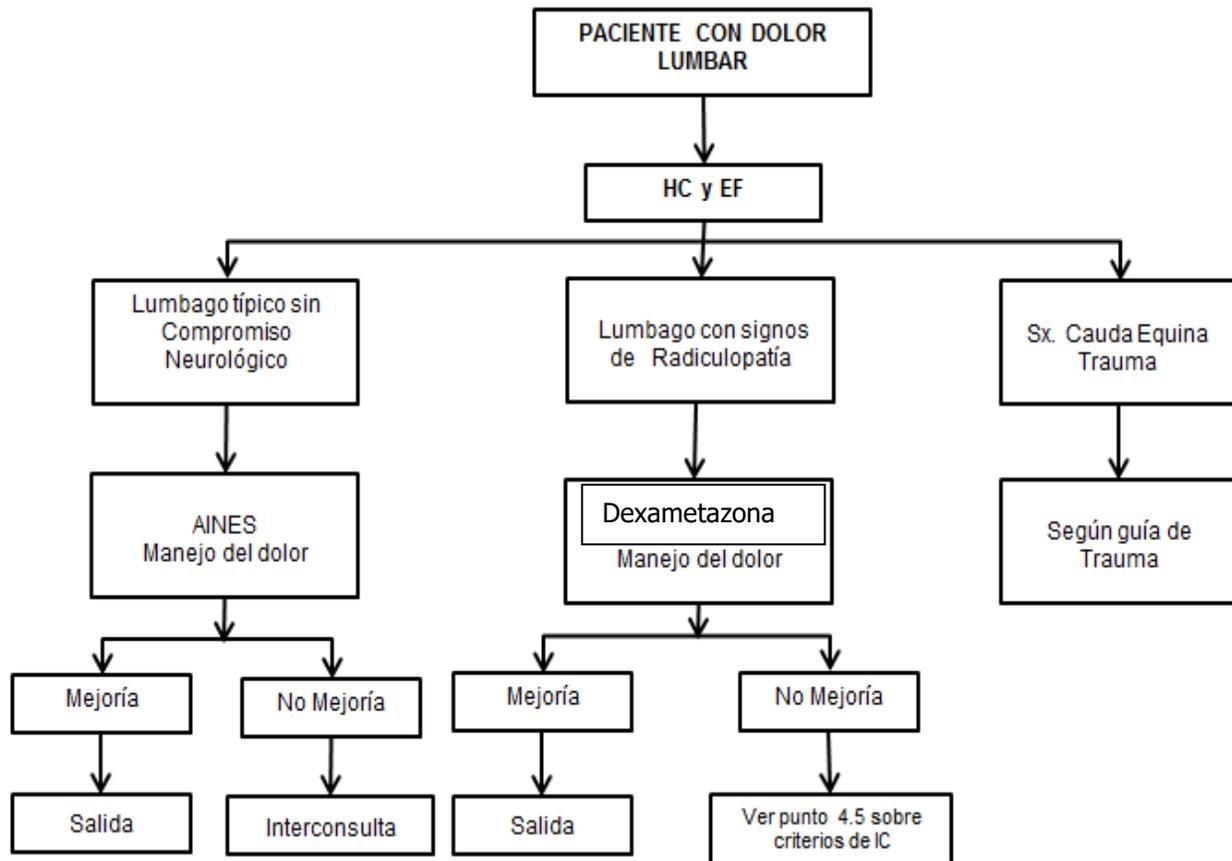
- No responde a analgesia en urgencias o reingresa.
- Déficit neurológico completo y establecido.
- Progresión de déficit neurológico.
- Sintomatología infecciosa.
- Dolor crónico.
- Sintomatología predominio nocturno.

4.6 RECOMENDACIONES.

- La radiografía de columna lumbosacra no **ha demostrado ser de utilidad**, pero se pide en los casos dentro de esquemas en que se sospeche alteración neurológica progresiva, cauda equina o un proceso infeccioso. (5).
- El estudio en estos pacientes es con radiografías dinámicas de columna y necesita preparación por lo que nunca son por urgencias.
- El uso de relajantes musculares puede ser útil en los primeros 5 días. Rompe el círculo contractura-dolor.
- Es útil hacer énfasis en el acondicionamiento y fortalecimiento muscular para evitar recidivas. No dé incapacidades de más de tres días. Esto ha demostrado un mayor deterioro de estos cuadros y una dependencia al servicio de urgencias.

5. ALGORITMO

	ABORDAJE PRÁCTICO CLÍNICO PARA MANEJO DEL DOLOR LUMBAR	
--	---	--



6. BIBLIOGRAFIA

- 6.1. Australian Journal of Physiotherapy 2002 Vol. 48. Specific spinal exercise substantially reduces the risk of low back pain recurrence.
- 6.2. Miller, Mark. Review of Orthopaedics. Tercera edición, Editorial Saunders, 2000. Pgs 353 - 364.
- 6.3. Borenstein, David; Wiesel, Sam. Low Back Pain. Editorial Saunders, 1989. Pgs 30 - 39, 120 - 129.
- 6.4. Hoppenfel, Stanley. Physical Examination of the Spine and Extremities. Appleton - Century- Crofts, 1976. Pgs 237 - 263.
- 6.5. American Academy of Orthopaedic Surgeons Kendrick, Denise. Radiography of the Lumbar Spine in Primary Care Patients with Low Back Pain: Randomised Controlled Trial. 2001, Vol 322, Febrero 17. Pgs 400 - 405.
- 6.6. Recomendaciones de la academia Americana de Ortopedia 2005.

7. ANEXOS

Ninguno