

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA: LUMBALGIA			
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-03	Página: - 1 - de 10	Versión: 01

LUMBALGIA
<b>1. ALCANCE</b>
Aplica para las atenciones ambulatorias (consulta externa y prioritaria) de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia.
<b>2. SERVICIO Y POBLACION</b>
Servicio Consulta externa y prioritaria de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia. Tiene cobertura para todos los grupos etáreos.
<b>3. PERIODICIDAD</b>
La guía se revisara cada cinco años y/o según necesidad.
<b>4. EPIDEMIOLOGIA</b>
Entre la mayoría de personas que alguna vez han sufrido dolor lumbar, generalmente entre los 20 y 50 años de edad, un alto porcentaje de ellos ha tenido episodios de dolor de baja intensidad y por períodos cortos, que no han requerido tratamiento médico.
Así, entre un 60-80% de las personas tiene dolor lumbar a lo largo de su vida. La lumbalgía aguda tiene buen pronóstico y generalmente se manifiesta como una entidad autolimitada (más del 90% se recuperan en 3-6 meses y más del 90% de las bajas duran menos de 2 meses) (Pengel LH, 2003; Koes B, 2006)
<b>5. DEFINICION DE LA PATOLOGIA</b>
Hablamos de lumbalgía cuando un paciente refiere dolor, acompañado generalmente de tensión muscular, en la región lumbar, entre la parrilla costal y la región glútea inferior. Puede ser aguda o crónica (>12 semanas). Puede irradiarse a la pierna más abajo de la rodilla (ciática) o no (lumbalgía simple).
En más del 85% de las personas no se encuentra una causa subyacente. Clasificar a los pacientes en: lumbalgía simple o irradiada, lumbalgía sospechosa y lumbalgía crónica puede ser el punto de partida para decidir el manejo y las pruebas de estudio indicadas.
Las causas de la mayoría de los dolores lumbares agudos y crónicos en trabajadores con factores predisponentes individuales, genéticos son las alteraciones en la biomecánica de la columna vertebral, provocadas por las malas posturas en el trabajo y fuera de él, debilitamiento muscular, en especial de abdominales, ligamentos y tendones acortados por retracciones crónicas, sobrecarga mecánica e inflamación de las articulaciones posteriores con diferentes grados de artrosis agravados por esfuerzos inadecuados y desacostumbrados, trabajos realizados en una misma postura usualmente sedente, uso inadecuado de sillas y un alto grado de estrés.
Cuando se está frente a un paciente con dolor lumbar, deben plantearse tres preguntas claves que facilitan un adecuado diagnóstico y manejo: Qué duele?, por qué duele?, y cuándo duele?
<b>¿Qué duele?</b>
Los dolores lumbares provocados por lesiones traumáticas, inflamatorias, degenerativas o metabólicas y neoplásicas son originados en los tejidos blandos que rodean la columna: tendones,



## MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

### GUIA: LUMBALGIA

Levantamiento:  
Agosto de 2010

Aprobación:  
Octubre de 2010

Código:  
G-CE-M-03

Página:  
- 2 - de 10

Versión:  
01

músculos, ligamentos o cambios patológicos en el disco intervertebral. El hueso como tal no origina dolor, salvo en las lesiones vertebrales cuando el hueso enfermo es invadido por tejidos blandos que llevan fibras nerviosas. En la osteoporosis el problema no está resuelto, pero la mayoría de opiniones se enfocan a pensar que mientras que no haya microfracturas y deformaciones vertebrales, no hay dolor. Los nervios que conducen el dolor son los siguientes: el nervio sinuvertebral o nervio recurrente que conduce los impulsos originados en las estructuras intrarraquídeas: el ligamento longitudinal posterior, la duramadre, la vaina dural de cada raíz y los vasos epidurales.

Las ramas posteriores de los nervios espinales conducen los impulsos que provienen de los ligamentos interespinosos, músculos, fascias, tendones, articulaciones posteriores y periostio.

El plejo paravertebral, está formado por fibras simpáticas y somáticas y rodea la columna vertebral, aún por la cara anterior; sus fibras van al nervio sinuvertebral.

La única estructura sin inervación es el disco intervertebral; los signos dolorosos secundarios a la patología del disco son debidos a compresión e inflamación de estructuras vecinas como el ligamento longitudinal posterior, la superficie del anillo fibroso o las raíces a su paso hacia el agujero de conjugación. La simple presión sobre un nervio sensitivo o raíz posterior sano no produce dolor sino parestesias y déficit sensitivo; para que aparezca dolor se necesita que exista un fenómeno inflamatorio asociado a un trastorno inicial de desmielinización.

#### ¿Por qué duele?

El dolor agudo, en condiciones patológicas se debe a la alteración brusca de las estructuras vertebrales con sus consecuencias inmediatas de edema, liberación de histamina y bradiquinina (sustancias alógenas) y espasmo muscular reflejo.

El dolor crónico es más complejo, puesto que en él interviene una serie de eventos somáticos y psíquicos que conforman una cadena de factores que lo pueden mantener. Entre ellos están la tensión emocional, los traumatismos físicos, infecciones, etc. El dolor produce tensión muscular y este a la vez desencadena isquemia, edema, liberación de sustancias algogénicas e inflamación. Esta última provoca una limitación de la elongación de la movilidad articular, llevando todo ello a la incapacidad funcional, formándose un círculo vicioso en el cual los factores orgánicos y psicológicos se superponen o pueden mantener indefinidamente el dolor.

Las situaciones que más frecuentemente perpetúan esta conducta dolorosa son: la atención y simpatía de familiares y amigos, el uso de medicamentos que suprimen estados afectivos desagradables, y la exoneración de responsabilidades importantes: laborales, sexuales o que provocan ansiedad.

#### ¿Cuándo duele?

El dolor lumbar puede aparecer cuando la columna está en reposo o en movimiento. El dolor lumbar en reposo es probablemente debido a modificaciones de las curvas normales de la columna. La lordosis exagerada produce dolor por tracción de los ligamentos posteriores y de los músculos extensores de la columna que se mantiene en una contracción crónica.

La obesidad, especialmente cuando ocasiona prominencia abdominal, provoca aumento de la

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		LUMBALGIA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-03	Página: - 3 - de 10	Versión: 01

lordosis lumbar y aumento del ángulo lumbosacro.

En estos casos, el peso del tronco se descarga sobre las articulaciones posteriores; por otra parte, se estrechan los agujeros de conjugación y el aspecto posterior del disco se abomba hacia atrás, distendiendo el ligamento longitudinal posterior y comprimiendo la vaina dural de las raíces. En estas condiciones, al presentarse un leve traumatismo o sobreesfuerzo se sensibilizan estas estructuras produciéndose dolor.

Las alteraciones del disco, con disminución de la altura del espacio intervertebral provocan una sobrecarga de las carillas articulares posteriores que desencadenan dolor. La lordosis exagerada, puede producir contacto de las apófisis espinosas, con formación de pseudoartrosis, como problema secundario a la degeneración del disco que permite la aproximación de las vertebrae y aumento de la lordosis.

Las alteraciones de la postura secundaria a compromisos en los pies, rodillas y caderas, pueden dar origen a dolor lumbar.

El dolor en movimiento se debe probablemente a la acción del movimiento sobre las estructuras articulares, ligamentosas, tendinosas y musculares ya sensibilizadas; bien sea que se trate de una columna normal que trabaje inadecuadamente o de una columna anormal sometida a trabajo excesivo, ocasionándose tensiones musculares anormales que provocan dolor por isquemia secundaria a la contracción muscular sostenida y por la atracción que ejercen los ligamentos y las inserciones musculares sobre el periostio. En la osteoporosis el dolor crónico es debido a los cambios posturales secundarios al aplastamiento progresivo de las vertebrae con aumento de las curvas normales de la columna. Cuando se presenta dolor agudo en esta afección es causado al aplastamiento brusco de una vértebra, con espasmo muscular secundario y compresión radicular en el agujero de conjugación respectivo. Este mismo mecanismo explica la aparición del dolor en las lesiones vertebrales malignas o bacterianas.

## 6. FACTORES DE RIESGO

### Principales Factores de Riesgo:

#### Esqueléticas:

Traumáticas  
 Espondilólisis y listesis  
 Osteoartrosis  
 Espondilitis anquilosante  
 Discitis y otras alteraciones infecciosas  
 Artritis reumatoidea  
 Metabólicas (osteoporosis, diabetes, paratiroidismo y otros).  
 Estenosis espinal  
 Neoplasias primarias o metastásicas  
 Enfermedad de Pott  
 Alteraciones congénitas (escoliosis)  
 Inestabilidad segmentaria

**Musculares:**

Fibromialgia  
Síndrome miofascial  
Fatiga muscular  
Sedentarismo  
Sobrepeso  
Imbalance muscular

**Neurogénicas:**

Radiculopatías (hernias discales o abscesos epidurales)  
Plexopatías  
Neuropatías  
Procesos inflamatorios (aracnoiditis, neuritis)  
Neoplasias intra o extrameningeas  
Secuelas quirúrgicas

**Intraabdominales:**

Alteraciones del tracto gastrointestinal  
Alteraciones del tracto urinario  
Masas retroperitoneales  
Anexitis

**Ocupacionales:**

Traumatismo repetitivo  
Alteraciones posturales (dinámicas - estáticas)  
Lesiones por sobreuso

**Psicógenas:**

Estrés  
Depresión  
Ganancia secundaria

**7. MANIFESTACIONES CLINICAS**

**DOLOR LUMBAR AGUDO**

Generalmente es precipitado por un esfuerzo leve o moderado, movimientos bruscos, tos o estornudos; a veces el dolor y el espasmo muscular son tan intensos que el paciente se queda "engatillado" en una posición de semiflexión. Con mucha frecuencia las crisis dolorosas agudas son precedidas de dolor crónico difuso, de muy baja intensidad. El dolor generalmente es aliviado por el reposo, especialmente en decúbito, e incrementado por el esfuerzo físico y el movimiento.

En otras ocasiones el dolor aparece sin estar precedido de episodios previos y algunas veces en



## MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

### GUIA: LUMBALGIA

Levantamiento:  
Agosto de 2010

Aprobación:  
Octubre de 2010

Código:  
G-CE-M-03

Página:  
- 5 - de 10

Versión:  
01

pacientes aparentemente sanos.

Si el episodio es agudo cualquier intento de movimiento se hace muy doloroso, de manera que el paciente procura estar quieto. Según la etiología el dolor puede desaparecer y reaparecer periódicamente; en estas condiciones el dolor se convierte en crónico como una molestia más o menos intensa, según la actividad del paciente.

Aunque el dolor agudo se debe a lesiones infecciosas, traumáticas directas o indirectas sobre la región lumbar como fracturas, luxofracturas, las causas más frecuentes son los desgarros musculares, el estiramiento de ligamentos y esguinces de las articulaciones posteriores.

Las lesiones traumáticas de músculos, ligamentos y articulaciones son las causas tal vez más comunes de dolor lumbar agudo. Las fracturas vertebrales sin compromiso medular producen dolor lumbar intenso.

Cualquiera que sea la lesión traumática, el diagnóstico es generalmente sencillo por la aparición de dolor después de un traumatismo directo, un movimiento brusco o un esfuerzo considerable. Con mayor frecuencia el dolor es producido por movimientos bruscos como torsión, hiperextensión o flexión, como el levantar un objeto pesado mientras se hace simultáneamente rotación.

Los desgarros musculares aparecen luego de un ejercicio violento como alzar un objeto pesado del piso o levantarlo más arriba de la cabeza. En los desgarros musculares el dolor aparece súbitamente o una hora después si el paciente continúa haciendo ejercicio.

Los esguinces ocurren generalmente en las carillas articulares entre la quinta vértebra lumbar y la primera sacra por esfuerzos o movimientos bruscos. En el momento del esfuerzo, el paciente oye un chasquido seguido por un dolor intenso, profundo, como una punzada en la región lumbar inferior, que lo inmoviliza totalmente haciendo necesario el auxilio para levantarse. Este episodio es seguido de un espasmo muscular intenso, dolor agudo a la palpación y percusión sobre la vértebra afectada.

El dolor cede más o menos rápidamente con el reposo, pero la recurrencia se presenta con relativa facilidad, con esfuerzos mucho más leves que el producido en el primer episodio. El diagnóstico es relativamente sencillo y depende del movimiento que desencadena el dolor, su localización en la región lumbar inferior, el dolor a la palpación en el sitio determinado, el aumento del dolor con el movimiento y su mejoría con el reposo.

Las fracturas y luxaciones causan dolor por el desplazamiento articular y los desgarros musculares y ligamentosos asociados. Cuando no hay desplazamientos el dolor es menos intenso y la fractura puede pasar inadvertida en ausencia de lesiones nerviosas.

La fractura vertebral en la región lumbar es debida generalmente a caídas en posición sedente de una altura no muy considerable, o caída sobre los pies de una altura mayor. Cuando la fractura se presenta después de traumatismos mínimos, se evalúa la existencia previa de afecciones óseas, como osteoporosis, mieloma múltiple, carcinoma metastásico, etc. El dolor aparece inmediatamente, es intenso y se asocia a espasmo muscular acentuado y severa limitación funcional, que se agrava con el movimiento y disminuye con el reposo.

La articulación sacroiliaca puede ser afectada por movimientos bruscos de rotación del cuerpo

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		LUMBALGIA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-03	Página: - 6 - de 10	Versión: 01

mientras se levanta un objeto pesado, apareciendo dolor intenso en la articulación comprometida, dolor y espasmo de los músculos lumbares y los de la para de ganzo del lado afectado, simulando un síndrome ciático. La palpación y la percusión sobre la articulación comprometida son muy dolorosas; la extensión posterior forzada del muslo del mismo lado desencadena dolor y permite diferenciarlo del producido en las regiones lumbares.

Las caídas en posición sedente pueden provocar el esguince, la luxación y la fractura del cóccix, dando origen a una coxigodinia. Sus síntomas consisten en dolor local al sentarse o al presionar la región coccígea, dolor que puede irradiarse al periné, la región sacra y la región glútea.

### **DOLOR LUMBAR CRONICO**

El dolor lumbar crónico es la forma más común de dolor lumbar. La principal causa son los trastornos posturales debidos a posiciones anormales durante el trabajo, trastornos de la marcha por afecciones musculo esqueléticas de los miembros inferiores, por obesidad, falta de ejercicio y su consiguiente debilidad muscular paravertebral lumbar, y los malos hábitos para ponerse de pie, sentarse, acostarse o levantarse.

La obesidad, la falta de ejercicio y el abdomen prominente someten a tensión crónica la región lumbosacra, por aumento de la lordosis lumbar, la cual a su vez produce incremento de la cifosis dorsal. Los músculos y ligamentos atrofiados por la falta de ejercicio no son capaces de soportar adecuadamente la columna lumbar, cuyas articulaciones están sometidas a esfuerzos crónicos produciéndose cambios degenerativos y dolor, que es tolerado hasta que se produce una descompensación que a su vez, aumenta las tensiones y desencadena espasmo muscular y su exacerbación. Cuando sólo existen alteraciones funcionales la sintomatología es discreta y esporádica, produciéndose dolor en especial después que el paciente permanece durante un tiempo prolongado en una sola posición; las molestias mejoran con la actividad, pero pueden aparecer en la tarde por efecto de la fatiga muscular, mejorando los síntomas nuevamente con el reposo en cama. Cuando existen cambios degenerativos secundarios el dolor es más intenso y frecuente, se asocia con espasmo muscular y disminuye menos fácilmente con el reposo.

El síndrome relativamente frecuente, pero poco conocido, secundario a la degeneración de la hernia del disco intervertebral, a las cirugías de columna, a las alteraciones osteomusculares y articulares que se presentan después de un largo reposo y mantenimiento prolongado de posiciones viciosas es aquel que se traduce por dolor, rigidez de la columna a la flexión, calambres y dolores en los músculos isquiotibiales, especialmente en la posición de pie. El no reconocimiento de esta afección lleva a la invalidez, por fibrosis muscular y esclerosis articular.

El dolor puede ser localizado en un punto más o menos limitado de la columna, generalmente es permanente, continuo y de intensidad progresiva en las afecciones malignas. La destrucción de un cuerpo vertebral por sí solo no produce dolor; sólo aparece cuando el cuerpo destruido se colapsa o la lesión invade otros tejidos; en estos casos el espasmo muscular existe en menor grado o algunas veces está ausente, este dolor además es de predominio nocturno en las lesiones malignas. Las causas más frecuentes de dolor local son las neoplasias primitivas o metastásicas, espondilitis piógenas o tuberculosas, absceso epidural y las lesiones tumorales intrarraquídeas.

### **8. FASE DIAGNOSTICA**

Una vez establecida la impresión diagnostica, las ayudas diagnósticas se centran en dos grupos de auxiliares paraclínicos:

**Radiológicos:**

Rx simples  
Rx dinámicos  
Tomografía Axial Computadorizada  
Resonancia Nuclear Magnética

**Neurofisiológicos:**

Velocidades de neuroconducción nerviosa  
Electromiografía  
Potenciales evocados somato sensoriales  
Potenciales evocados motores (estimulación magnética)  
Potenciales evocados por dermatomas

En un paciente que consulte por dolor lumbar agudo en su primer episodio no es necesario la realización de estudios radiológicos, a no ser que la etiología traumática, neoplásica, infecciosa sean muy claras, o que, a pesar de tener un cuadro agudo, no se haya modificado con el manejo médico después de cuatro o cinco días. Con frecuencia en pacientes sometidos a urografías o exploración radiológica gastrointestinal se observan espondilosis, espondilolistesis, sacralización de la última vértebra lumbar o lumbarización de la primera sacra, espina bífida oculta, espondiloartrosis y otra serie de anomalías o lesiones vertebrales que son asintomáticas.

Es evidente que los signos radiológicos sólo tienen valor si se correlacionan exactamente con el cuadro clínico del paciente.

**9. FASE TERAPEUTICA**

Aunque aconsejar el aumento de la actividad física no ha demostrado que pueda prevenir el dolor de espalda en adultos sanos, tiene otros beneficios probados como la disminución del riesgo

Cardiovascular, la obesidad y la osteoporosis (U.S. Preventive Services Task Force, 2005). No hay un tipo de ejercicio más recomendable que otro, elige el paciente el que más se adapta a sus características y posibilidades.

Es recomendable informar al paciente sobre la lumbalgia basándonos en un modelo biopsicosocial. Explicar al paciente que la lumbalgia inespecífica no se debe a ninguna enfermedad grave y que si no hay signos que vayan a modificar el tratamiento no se precisan pruebas especiales (Henrotin YE, 2006; Grupo Español de Trabajo del Programa Europeo COST B13, 2005) La entrega de material informativo no es suficiente prevenir el absentismo y reducir costes de los cuidados de salud (Henrotin YE, 2006)

**¿Reposo o actividad?**

Salvo en los primeros días en que el dolor puede ser severo e invalidante, no está indicado hacer reposo. Existen evidencias suficientes para afirmar que el reposo en cama es menos eficaz que cualquier otra alternativa terapéutica. Así pues, no debe recomendarse y debería limitarse a los pocos días en los que el paciente normalmente tiene dolor severo al moverse (generalmente menos de 4). Mantener el máximo de actividad posible (incluso su actividad laboral habitual) es beneficioso para los pacientes: mejoran más rápido los síntomas, disminuye el riesgo de paso a la

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		LUMBALGIA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-03	Página: - 8 - de 10	Versión: 01

cronicidad y se reduce el tiempo que están fuera del trabajo. En los pacientes con ciática, hay poca o ninguna diferencia entre la recomendación de reposo en cama y la de permanecer en actividad, entre el reposo en cama y los ejercicios o la fisioterapia y entre siete días de reposo en cama o dos a tres días. (Hagen KB, 2006).

El tratamiento con ejercicios es efectivo para disminuir el dolor y mejorar la función en adultos con dolor lumbar crónico (Van Tulder MW, 2006). En el dolor lumbar subagudo (6-12 semanas) un programa de actividades graduadas mejora los resultados de ausentismo, pero otros tipos de ejercicios tienen una utilidad más incierta. En el dolor lumbar agudo, el tratamiento con ejercicios es tan efectivo como otros tratamientos conservadores (Hayden JA, 2006).

### Fármacos

Los analgésicos y los antiinflamatorios son útiles para aliviar el dolor y mejoran la capacidad funcional. Debemos pensar en ellos como agentes de alivio mientras la evolución natural permite la recuperación. Podemos usar Paracetamol o Ibuprofeno a intervalos regulares (no a demanda). No parecen existir diferencias significativas entre ambos (Van Tulder MW, 2000).

No existen evidencias de la eficacia de los antidepresivos en la lumbalgia aguda. En la crónica pueden ser útiles aunque quizás sea más importante tomarse el tiempo suficiente para evaluar la existencia de problemas sociales, psicológicos o económicos y abordarlos. Podemos usar Amitriptilina, los nuevos antidepresivos serotoninérgicos no son más eficaces. En pacientes con exacerbaciones importantes de lumbalgia crónica que no responden a Paracetamol o Ibuprofeno pueden usarse opioides, con preferencia Tramadol.

Existen evidencias que demuestran que los relajantes musculares son útiles en el dolor lumbar agudo sin que se hayan encontrado diferencias definitivas entre ellos. No tienen utilidad en la lumbalgia crónica. Deben usarse con precaución (indicándolos solo en los pacientes que tienen contractura muscular) ya que tienen efectos secundarios importantes (inestabilidad, somnolencia, dependencia). No es aconsejable prolongar la duración del tratamiento más de una semana. Puede usarse Diazepam a dosis bajas, usando la mayor fracción por la noche (Tulder MW van, 2006).

No existen evidencias que demuestren la utilidad de las inyecciones de esteroides a ningún nivel. Además en algunos casos los efectos secundarios pueden ser importantes. Tampoco existen evidencias sobre la utilidad de la vitamina B, por lo que se desaconseja.

### Otros tratamientos

Las escuelas de dolor lumbar (programas educativos que incluyen ejercicios) no tienen utilidad alguna en el dolor lumbar agudo. En el dolor crónico parece que los resultados son beneficiosos por disminuir el dolor y mejorar la capacidad funcional, a corto y medio plazo y en los sitios de trabajo.

Los programas multicomponentes que incluyen información, consejos posturales y ejercicios pueden ser útiles en las personas que sufren lumbalgia crónica. Existen ensayos clínicos que apoyan esas recomendaciones. No tienen utilidad en la lumbalgia aguda y parece razonable valorar su indicación a partir de las 6 semanas de la presentación del cuadro.

Los tratamientos físicos (masajes, ultrasonidos, calor local y onda corta) se recomiendan

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		LUMBALGIA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-03	Página: - 9 - de 10	Versión: 01

habitualmente para aliviar el dolor agudo. Sin embargo no existen pruebas de que tengan efecto alguno sobre los resultados ni utilidad clara en el manejo de la lumbalgía crónica (French SD, 2006). Tampoco tienen efectos secundarios significativos. Tampoco la tracción es efectiva en ningún tipo de dolor. El uso de corsés u otro tipo de sujeción lumbar puede ser perjudicial por la atrofia muscular secundaria y no es útil en la lumbalgía.

Existen numerosos ensayos clínicos sobre la manipulación en la lumbalgía simple con resultados contradictorios. Puede producir alivio del dolor y mejora de la satisfacción en los pacientes a corto plazo, con efectos discretos o nulos a medio plazo. No es mejor que los cuidados habituales en atención primaria (Koes B, 2006). En la lumbalgía crónica también puede disminuir el dolor, aunque esta mejoría es poco relevante clínicamente. No parece que tenga mayores complicaciones si la efectúa un individuo entrenado, aunque no debe realizarse en personas con algún tipo de déficit neurológico o dolor radicular. La tracción, continua o intermitente, no fue más efectiva para mejorar el dolor, la discapacidad o la ausencia al trabajo que el placebo (Clarke JA, 2006).

En caso de que al inicio o a lo largo del proceso exista paresia progresiva, incontinencia de esfínteres o síndrome de cauda equina, debe derivarse al paciente con prioridad para su intervención quirúrgica. También debe considerarse la valoración quirúrgica en caso de

- Dolor intolerable de  $\geq 6$  semanas pese a tratamiento médico
- Dolor que limita la de ambulación y cede con reposo de  $\geq 6$  meses e imagen radiológica positiva

## 10.RECOMENDACIONES

El buen uso de la mecánica del cuerpo evita el dolor lumbar teniendo en cuenta doblar las rodillas y no la espalda al agacharse y levantarse con las piernas manteniendo el objeto cerca del cuerpo. Mantener un pie mas lato que el otro cuando este de pie cambiando de posición con frecuencia,

agacharse con rodillas dobladas manteniendo la espalda recta, caminar con cabeza en alto, estomago sumido y pies adelante, usar zapatos cómodos con algo de tacón, usar asientos donde alcance a tocar el piso con los pies, dormir en un colchón duro y firme preferiblemente con rodillas dobladas o de espaldas con una almohada debajo de las rodillas ojal sin almohada para la cabeza

## 11.REMISION A SEGUNDO NIVEL

### Referencia para hospitalización:

- Sospecha de trauma mayor agudo: el trauma ocurrió 7 días antes de la consulta, o el examinador documenta o sospecha una fractura espinal aguda, lesión medular o daño a la raíz nerviosa.
- Déficit neurológico agudo o progresivo: contactar al especialista de columna antes de ordenar imágenes diagnósticas. Si las imágenes no demuestran lesión aguda se puede dar manejo ambulatorio u hospitalizar para facilitar la decisión quirúrgica, observación del déficit neurológico o para rehabilitar los déficits funcionales. La decisión de hospitalización se toma en conjunto con el especialista de columna.
- Dolor lumbar incapacitante. El paciente no puede realizar sus actividades básicas por el



# MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

## GUIA: LUMBALGIA

Levantamiento:  
Agosto de 2010

Aprobación:  
Octubre de 2010

Código:  
G-CE-M-03

Página:  
- 10 - de 10

Versión:  
01

dolor y vive solo.

### 12.ALGORITMO

