



# MANEJO DE LA LUMBALGIA EN EL ÁMBITO LABORAL



**OSALAN**

*Laneko Segurtasun eta  
Osasunerako Euskal Erakundea*  
Instituto Vasco de Seguridad y  
Salud Laborales



**SOCIEDAD VASCA  
DE MEDICINA DEL TRABAJO**



**BILBOKO  
MEDIKU ZIENTZIEN  
AKADEMIA  
ACADEMIA DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
DE BILBAO**

Barakaldo	13 enero
Vitoria-Gasteiz	20 enero
Donostia	27 enero

Dr. Mikel Ayala  
Médico del Trabajo



# INTRODUCCION

**La lumbalgia** se define como el dolor localizado en el dorso del tronco, en la zona lumbar.

**Muy frecuente.** Prevalencia del 60-80% a lo largo de la vida.

La mayoría de los pacientes (90%) **mejora** con **tratamiento conservador** y no necesita pruebas diagnósticas urgentes.

Encuestas de salud: **Segunda patología crónica autopercebida**, solo detrás de la HTA.



**Principal causa de ILT en persona menores de 45 años y la 3ª en mayores de esta edad.**

Es la patología más prevalente en mayores de 65 años.

80% de las personas lo sufren en algún momento de su vida.

**EI GASTO GENERADO** por el Dolor Lumbar en Euskadi supone aproximadamente el **0,6% del PIB** de la CAPV.



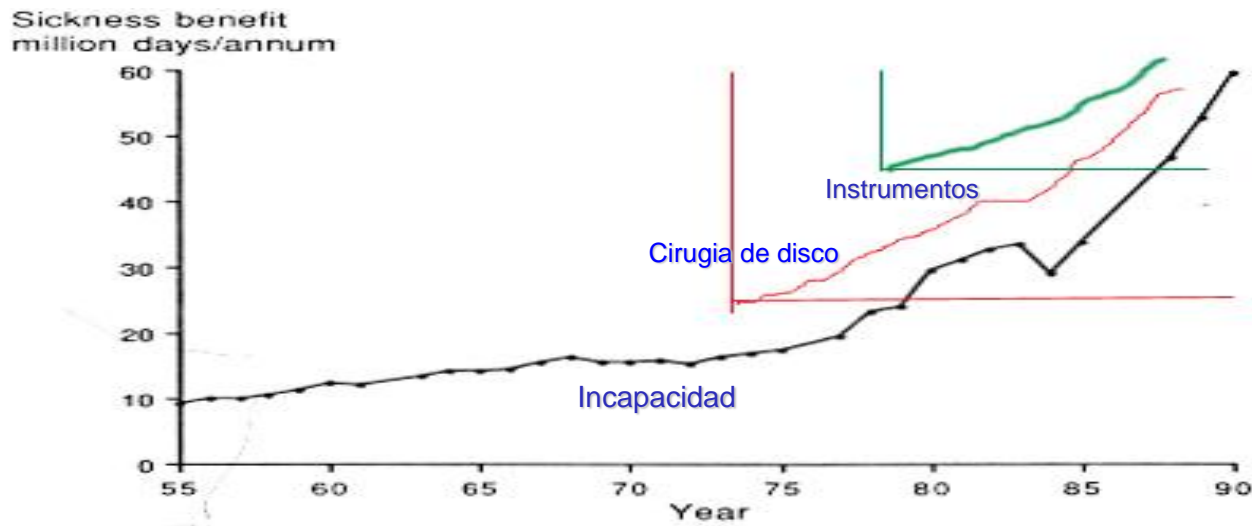
# HERRAMIENTAS Y HABILIDADES

Desde la Medicina del Trabajo disponemos de diferentes herramientas, la mayoría aplicables a cualquier patología:

- CLINICAS: Anamnesis, exploración, pruebas complementarias, etc.
  - Educacion sanitaria: Desmitificación, curva de dolor, etc
- NO CLINICAS:
  - Ejercicio físico
  - Valoraciones ergonómicas de puestos
  - Vigilancia de la Salud, individual y colectiva
  - Promoción de la salud
  - RHB terciaria en puesto de trabajo
  - EPIs
  - Otras.....



- **Siglo XX :**
- Expansión acelerada de los cuidados médicos con soporte social, (públicos, privados, laborales, etc.)
- Protagonismo de los Cirujanos Ortopédicos y Neurocirujanos en el manejo de los problemas vertebrales.



HA LLEVADO A UN CRECIMIENTO EXPONENCIAL DE:

- CIRUGÍA por dolor lumbar
- N° de procedimientos/instrumentales disponibles
- INCAPACIDAD asociada a dolor lumbar y ciática



- El los últimos años estamos asistiendo a una **revisión sistemática** del dolor lumbar, desde distintos puntos de vista (fisiopatológico, diagnóstico, terapeutico, etc) y también de forma global.
- Se han publicado distintas **guías para abordar el problema**. En general, con enfoque multidisciplinario.
- Solo a nivel de CAPV nos encontramos con tres publicaciones de alcance:
  - OSTEBA. *Proyecto de Investigación Comisionada. “Impacto sanitario, económico y social del dolor lumbar en la Comunidad Autónoma del Pais Vasco”*. Sep. 2003.
  - OSTEBA. *Informe de Evaluación. “Patrones de dolor lumbar: Fiabilidad y un modelo de clasificación*. 2008.
  - OSAKIDETZA. *Guia de Práctica Clínica sobre Lumbalgia*. 2007.



A nivel Europeo, el programa **COST B13 “Low back pain: Guidelines for its management”**, de la Dirección General de Investigación de la Comisión Europea, y cuya versión española ha sido transcrita por la Fundación Kovacs: “ **Guía de Practica Clínica: Lumbalgia Inespecífica**”.

Como reflejo de estos cambios, cito algunos conceptos iconoclastas que el Dr. F. Kovaks escribió en un **editorial** de la revista de la **SEMERGEN** en el año 2002:

*“- Antiguamente se creía que la lumbalgia se debía a sobreesfuerzos musculares o alteraciones orgánicas, como artrosis, escoliosis o hernia discal.*

*- El tratamiento del episodio agudo consistía en reposo y analgésicos. Si persistía, se planteaba cirugía para corregir la eventual anomalía orgánica subyacente.*



- *Los estudios científicos han demostrado consistentemente que la mayoría de estos conceptos eran erróneos*
- *El manejo clínico era mas perjudicial que beneficioso.*
- *La mayoría de estas alteraciones son irrelevantes y no se correlacionan con la existencia de dolor.*
- *La artrosis vertebral es un fenómeno normal, no es causa de dolor ni supone ningún riesgo, y es previsible encontrarla a partir de los 30 años.*
- *La mayoría de los episodios de Lumbalgia Aguda inespecífica se deben al mal funcionamiento de la musculatura. Después, un mecanismo neurológico cuyo factor esencial es la activación de las fibras A $\delta$  y C lo mantiene, junto con la contractura muscular y la inflamación.*





- *En la Lumbalgia Subaguda este mecanismo se mantiene activado y puede llegar a inducir cambios permanentes en las neuronas medulares, con persistencia del dolor-inflamacion-contractura, aunque se resuelva el desencadenante inicial.*
- *En lo casos Crónicos se suman los factores musculares y psicosociales que constituyen un circulo vicioso y dificultan la recuperación.*
- *Algunos de estos factores son: Inactividad física que conlleva pérdida de coordinación y potencia muscular, y finalmente atrofia y consolidación de conductas de miedo y evitación, que generan pensamientos catastrofistas y actitudes pasivas, con transferencia a terceros ( p.ej los médicos) de la responsabilidad de la dolencia y sus consecuencias....”*



Sin embargo, la clasificación clásica del dolor lumbar en Agudo, Subagudo, Crónico y Ciatalgia, presenta numerosas lagunas y es poco útil a la hora de plantear estudios comparativos.

La mayor parte de los estudios son retrospectivos, no controlados y enfocados a la técnica quirúrgica.

Los términos empleados para etiquetar los síntomas, los hallazgos exploratorios y las decisiones terapéuticas son muy variables y confusos.

No hay criterios diagnósticos estandarizados para la inclusión de los pacientes en muchos estudios.

Los resultados se evalúan con métodos no validados y reflejan sesgos importantes.

Estos hallazgos sugieren que el enfoque de este problema depende del estilo de práctica médica y del entorno socioeconómico, y presenta muchas lagunas.



*En 2008 OSTEBA publicó el informe de evaluación liderado por el Dr. Pérez Tierno “**Patrones de Dolor Lumbar**”.*

Estos patrones se definen como una herramienta que nos ayuda a:

- 1- Clasificar mediante signos físicos y complejo sintomático.
- 2- Relacionar la fisiopatología del dolor lumbar y la clínica del paciente concreto.
- 3- Orientar las exploraciones complementarias y el tratamiento más oportuno.



# Degeneración del raquis lumbar

Kirkaldy-Willis (Clin. Orthop.-1982) popularizó el concepto del “**complejo triarticular**” como la **unidad funcional raquídea** que determina el movimiento de cada segmento lumbar. En este complejo triarticular el disco formaría una de las articulaciones y las facetas articulares serían las otras dos. Cualquier problema de una de ellas puede producir alteraciones biomecánicas en las otras dos.

Esta degeneración ocurre en **tres fases**:

- 1- **Disfunción**: Fisuras de anillo fibroso, degeneración del núcleo pulposo, artropatía de facetas articulares...
- 2- **Inestabilidad segmentaria**: Laxitud de facetas, ligamentos y disco.
- 3- **Reestabilización por artrosis**: Osteofitosis, hipertrofia de facetas...



# DEGENERATION OF THE THREE-JOINT COMPLEX

facet joint degeneration

disc degeneration

synovial reactions

facet syndrome

circumferential tears

DYSFUNCTION

cartilage degeneration

disc herniation

radial tears

capsular laxity

dynamic lateral stenosis

internal disruption

INSTABILITY

subluxation

degenerative spondylolisthesis

disc narrowing

osteophyte formation

fixed lateral stenosis

osteophyte formation

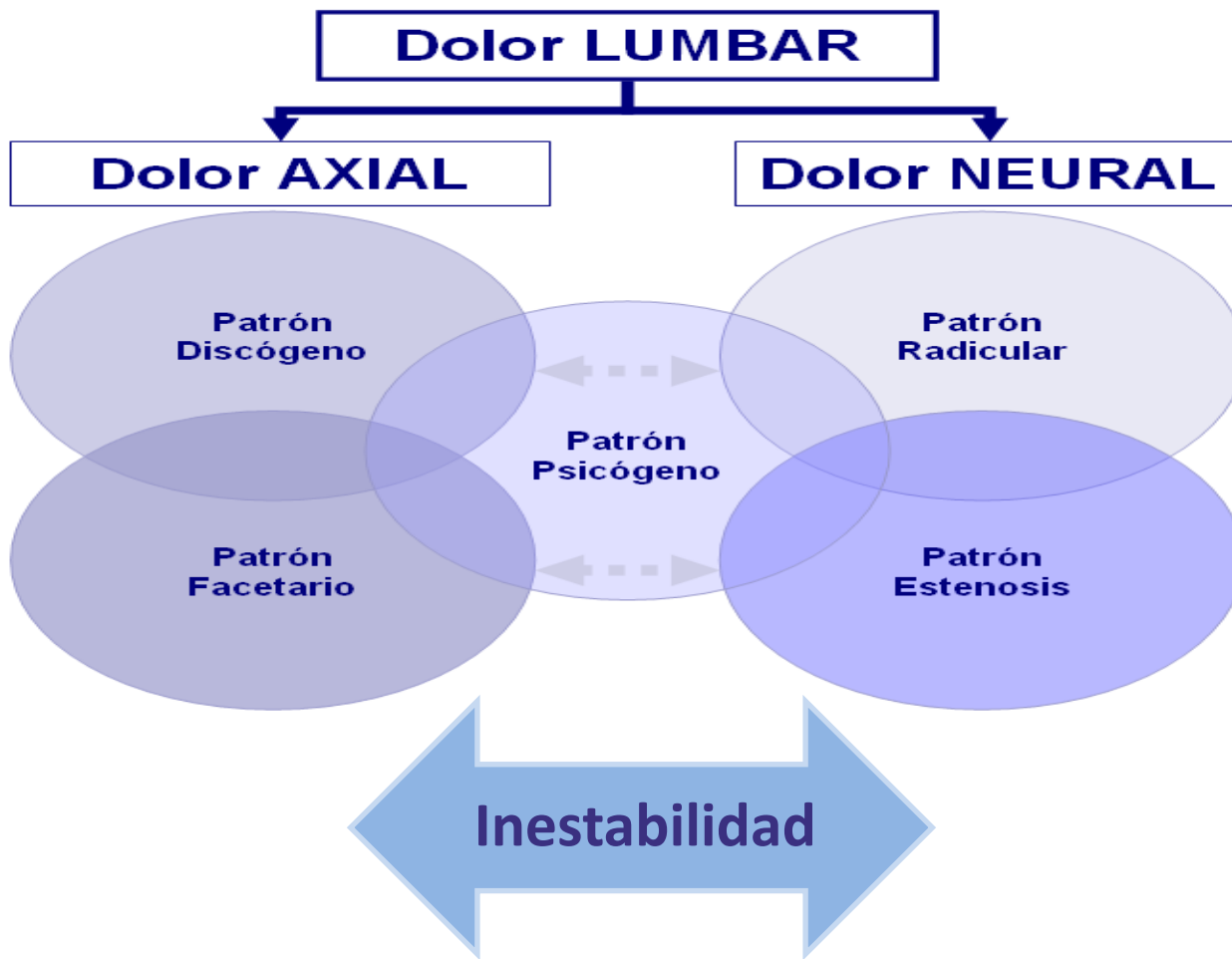
STABILIZATION

facet and lamina enlargement

central stenosis

vertebral body enlargement

multisegmental spondylosis



**PATRONES CLINICOS DE DOLOR LUMBAR**



# OBJETIVOS CLÍNICOS

1- **Manejo rápido** del dolor. Seguimiento cercano para asegurar el control del mismo.

Medicamente **agresivo**, sobre todo en patrones facetarios, y también en discógenos y radiculares en los que el tratamiento farmacológico suele ser más eficaz.

**Apropiado a cada patrón** de dolor.

2- Mejora de la **comunicación** con el paciente y desdramatización del cuadro, que algunos viven como muy incapacitante.

3- **Coordinación** con Servicios de RHB y COT. Hacer solo las derivaciones que se hayan pactado con estos.



- 4- Manejo lo mas **conservador** posible, tendente a evitar IQ, (y optar por lo menos agresivo en estos casos).
  
- 5- Que el paciente **mantenga la mayor actividad posible**, excepto en los momentos de cuadro agudo en que haya bloqueos funcionales, en los que se recomienda reposo relativo.
  
- 6- En todos los casos, al Alta laboral, **insistir en los consejos sobre actividad física-ejercicios**, tendentes a prevenir en lo posible nuevos episodios.





# HISTORIA CLINICA

**Como y cuando** apareció el dolor.

Si apareció de forma **aguda o insidiosa**.

Lugar al que lo refiere el paciente, y si es **localizado o difuso**.

Si inicialmente hubo **bloqueo funcional** (segundos, minutos u horas)

Si hubo **irradiación a EEII** y si tiene características radiculares o no  
(puede aparecer más tarde, incluso días)

Si tras el debut del dolor hubo **mejoría espontánea** (incluso desaparición) o **empeoramiento** tras horas o días.

Si el dolor **interfiere el sueño** o no.

Si es más intenso **por la mañana** y hay sensación de **rigidez**.



Si es más intenso al comenzar **movimiento** y mejora con el mismo.

Si empeora con la **marcha** y llega a imposibilitarla.

Si hay **síntomas generales**.

Si hay episodios de **lumbalgias previas**, con que frecuencia (episodios/año) y cuantos años.

Si estas **se parecen** al episodio actual.

Si hay **algo que lo calma** (incluida medicación que haya tomado previamente a la asistencia).

Si tiene **hábitos deportivos** y/o es físicamente activo.



# EXPLORACION

1- **Aspecto.** Constitución y sobrepeso. Afectación por el dolor.

2- **Estática.** Eje raquis y equilibrio coronal.

Valorar si existe escoliosis, hipercifosis, contracturas antiálgicas.

3- **Movilidad:** Explorar los ejes de movimiento (diagrama de estrella) valorando de 1 a 3 y si es doloroso o no.

Valorar también agilidad en subida y bajada de camilla y en cambios de posiciones sobre esta. También como se mueve al entrar, salir, dirigirse a la sala de exploración, desvestirse-vestirse.

4- **Dolor a presión:**

Sobre estructuras osteoarticulares vertebrales (espinosas y facetarias),

Sobre articulaciones sacro-ilíacas.

Sobre musculatura paravertebral, y si hay contracturas.

Sobre trocánteres y sobre piriforme.



## 5- Signos radiculares:

Balance y fuerza muscular (valoradas sobre 5)

Sensibilidad superficial (metámeras coherentes).

Lasegue y Bragard (hasta 60 °). Lasegue lumbar. Lasegue contralateral.

Lasegue invertido.

ROTs rotulianos y aquíleos (valorados sobre 3)

Marcha en puntas y talones si es posible o no.

(Exploración reglada)



# EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

## RX

Columna lumbosacra en **AP y L** siempre que no haya una previa.

Valorar **oblicuas** si sospecha de síndrome facetario.

Valorar **dinámicas** si sospecha clínica de inestabilidad lumbar.

**RMN** desde AP **solo si hay sospecha clínica** de:

1- Cuadro de dolor radicular ó discogénico-radicular **compatible con HD**

2- Patrón de **estenosis** de canal.

3- Banderas ROJAS:

**Infección vertebral** (de cuerpos vertebrales o de discos)

**Tumores vertebrales** (antecedentes de Ca. y sospecha de metástasis)

**Trauma vertebral** con sospeche de lesión de canal medular



## EMG desde Atención Primaria:

En pacientes con lumbociatalgia aguda que refiere **historia abigarrada de lumbociatalgia crónica** o que refiere episodios previos con hallazgos en la exploración, con el fin de **diferenciar las lesiones nuevas** que se puedan añadir a aun proceso de base (el EMG es positivo aprox. 1 mes tras la aparición de la lesión y puede ser positivo mucho tiempo tras el cese de la lesión)

En cuadros con **sospecha de Neuropatías** de diversa etiología.



# PATRONES DE DOLOR LUMBAR

Los patrones de dolor lumbar son una **herramienta basada en la Historia Clínica y en la Exploración.**

Son útiles para la **aproximación diagnóstica y terapéutica al dolor lumbar** y para la evaluación de resultados, pero **no son** una clasificación etiológica, aunque orientan a ella.

Nos ayudan a:

- 1- **Clasificar el dolor lumbar** de acuerdo a signos físicos y comportamiento sintomático.
- 2- Relacionar la **fisiopatología de este dolor y la clínica** del paciente concreto.
- 3- **Orientar las exploraciones** complementarias y **el tratamiento** más oportuno a cada paciente.



# CLASIFICACION

## Patrones clásicos:

- 1- Discogénico
- 2- Facetario
- 3- Radicular
- 4- Estenosis de canal
- 5- Psicógeno

## Patrones ampliados:

- 6- Muscular
- 7- Degenerativo

## Patrones mixtos





# 1-DISCÓGENO

**Dolor fijo lumbar, central, a veces en glúteos. Se agrava con los movimientos o posiciones de flexión del tronco.**

Puede ser **constante** o **intermitente**.

Se instala **lentamente** y **se mantiene semanas** (unas 3 semanas dolor importante, otras 3 semanas mejorando).

Puede resultar **muy incapacitante** durante este plazo. Puede haber bloqueo lumbar y es doloroso el intento de movilización, presentando un **Lasegue lumbar** ó Goldthwait (+) en el que no hay dolor radicular (Lasegue verdadero) al elevar la pierna estirada.

En unos pocos casos **puede comenzar bruscamente** y cursar en el tiempo como un patrón tipo 2 (facetario), pero la localización y el agravamiento con la flexión permanecen invariables.



## Exploración:

Empeora siempre con la **flexión del tronco**.

A veces también con la extensión, pero siempre **referido como central**.

Dolor a presión sobre espinosas contiguas.

## Manejo:

Responde bien a **analgésicos** puros, del tipo de Paracetamol, Tramadol y asociaciones. También asociado a **AINEs**. Si es intenso, asociaciones analgésicas y “bomba analgésica” en hospitalización. **Escasa o nula respuesta a esteroides**.

Escalera terapéutica. En algunos casos, termina en manejo quirúrgico (elegir el menos agresivo posible).



## Tratamiento

**1ª elección:** Diclofenaco + Diazepam IM. 1/D (x3 dias. Solo si se ha indicado reposo relativo). En medio hospitalario, valorar Ketorolaco

Paracetamol/Tramadol 1-1-1 (+1)

Metamizol (si precisa) 1-1-1 (+1)

Diazepam 5 0-0-1

**2ª elección:** Si intolerancia a AINEs, o mala respuesta a 1ª.

Paracetamol 1gr 1-1-1 (+1)

Tramadol solucion oral 6 pulsos / 6 horas, ó bien cps. de 50 mg / 8h, advirtiendole de posibles secundarismos y adiestrandole a subir y/o bajar dosis y pautas en función de la respuesta.

Diazepam10 0-0-1. Si interfiere sueño, sustituir por Clonazepam, 10 gts ajustando según respuesta.



Si no hay respuesta suficiente, **si persiste dolor intenso**, incapacidad funcional severa, o si empeora el cuadro, ingreso para **manejo hospitalario**.

También ingreso si aparece **recaída** tras tratamiento reciente con mejoría (en los días anteriores)

**Criterios de derivación:** Si no hubiera respuesta efectiva en 3 días, derivar a COT.



## 2-FACETARIO

**Dolor fijo lumbar y/o glúteo a veces con irradiación no metamérica:**  
dolor referido a glúteo, ingle, cresta iliaca, cara anterior del muslo, trocánter **que se agrava con la extensión del tronco y aumenta con su repetición.**

**Nunca empeora con los movimientos o posiciones de flexión del tronco.** La irradiación no sobrepasa la rodilla. Se instaura rápidamente y desaparece en días. Recidivante.

### Exploración:

Aumenta a la **extensión** del tronco. Más en repeticiones.

No se afecta o disminuye con la flexión.

Dolor a presión sobre **articulaciones facetarias.**



## Manejo:

Responde mejor a **AINEs** y **miorrelajantes**. Si es intenso, asociar a analgésicos puros (Escalera terapéutica). Generalmente **evoluciona en pocos días**.

Buena respuesta a infiltraciones facetarias.

## Tratamiento

**1ª elección:** Diclofenaco + ½ Diazepam IM. 1/D (x3 días + 2 si precisara. Y solo si se ha indicado reposo relativo)

Dexketoprofeno 25 1-1-1

Diazepam 5 0-0-1

Omeprazol 1-0-0 (si antecedentes de dispepsias altas)



**2ª elección:** Si intolerancia a AINEs.

Paracetamol 1gr 1-1-1

Diazepam 5 0-0-1 ( $\frac{1}{2}$  -  $\frac{1}{2}$  – 1 si contractura importante)

Tramadol solución oral 6 pulsos / 6 horas, advirtiéndolo de posibles secundarismos y adiestrando a subir y/o bajar dosis y pautas en función de la respuesta. (Si no se dispone de solución oral, cps de 50 mg /8-12 h.)

**Criterios de derivación:** Tras escalera terapéutica, a RHB o a COT en función de la respuesta (si curva de dolor descendente a RHB y si es plana o ascendente a COT)



## 3-RADICULAR

**Dolor fundamentalmente en el miembro inferior por debajo del glúteo, con signos de radiculopatía.**

**Irradiación metamérica que sobrepasa la rodilla y es influido por el movimiento y la posición del raquis.**

**Siempre constante.** Aumenta al toser, estornudar o defecar (Valsalva). Se le «agarrota» la espalda al inclinarse hacia delante.

Refiere **disestesias** en la pierna o pie, y/o **pérdida de fuerza** (puntillas, talones). La radiculopatía será **irritativa** en el primer caso y **deficitaria** en el segundo.

Maniobras de estiramiento radicular claramente positivas .

Dura semanas o meses.





## Exploración:

Los síntomas de las piernas **se modifican con los movimientos** del tronco, pero no desaparecen.

Presentan necesariamente **signos neurológicos de irritación o de déficit** radicular, disestesias, alteraciones fuerza y balance muscular, ROTs.

Maniobras de Lasegue, Bragard, Lasegue invertido, marcha en puntas y talones. Nos dan también la **orientación hacia la topografía** de la raíz afectada.

Es el patrón **más fácilmente identificable.**



## Manejo:

Responde a AINEs y analgésicos puros.

Responde bien a **esteroides** (Dexametasona 4 IM) y a **anticonvulsivantes** (Pregabalina, Gabapentina)

Siguiendo escalera terapéutica, pueden tener buena respuesta a **infiltración** perirradicular a través de foramen y también a **lavado** epidural con anestésico + corticoide.



## Tratamiento:

### 1ª elección:

Dexametasona 4 IM. 1/D ( entre 3 y 5 días) y continuar en días alternos (entre 3 y 5 dias mas)

Pregabalina 75 en pauta ascendente cada 3-5 días hasta controlar radiculalgia.

Paracetamol/Tramadol 1-1-1 (+1) si dolor intenso, hasta control del mismo.

Metamizol cps (si precisa) 1-1-1 (+1).

Diazepam 5 0-0-1 en función de contractura lumbar.

Omaprazol 1-0-0 en función de antecedentes (dispepsia)



## 2ª elección:

Si dolor con componente crónico-degenerativo.

Betametasona 6/6 IM. 1/ cada 2 ó 3 días (x3) seguido de 1/ cada 7 a 10 días (x3)

Gabapentina 300 (½) si secundarismos con Pregabalina y con la misma pauta.

Metamizol (en ampollas, tomadas p.o.) de rescate.

Omaprazol 1-0-0 en función de antecedentes (dispepsia)

**Criterios de derivación:** Si no respuesta suficiente en 15 días, se deriva a COT.



## 4-ESTENOSIS DE CANAL

Dolor **dominante por debajo de la nalga**, intermitente, que se desencadena **por la actividad**, sobre todo **la marcha**, a unos cientos de metros se ven obligados a detenerse, con **dolor de tipo radicular** que comienza desde los muslos hacia distal (claudicación neurógena) y **cede con el reposo** (en flexión del tronco) y con **cambios de postura**.

En caso de **estenosis dinámica**, el dolor aparece en bipedestación y marcha, y cede claramente en decúbito.

En la mayoría de los casos han seguido **tratamientos analgésicos previos durante años**.



## Exploración:

Es anodina. Generalmente no se encuentran signos irritativos. Hay que centrarse en la **Historia clínica**.

## Manejo:

Difícil en primaria. **AINEs**, **Betametasona 6/6** si mala respuesta y **Pregabalina o Gabapentina**. Si no responde en dos semanas, criterio de derivación. ¿RHB? ¿Infiltración epidural?. Si mala evolución ->IQ

Desde la sospecha, **solicitar pruebas de imagen** (RX y RMN) y si procede **EMG**.

**Criterios de derivación:** Si no respuesta suficiente en dos semanas, se deriva a COT.



## 5-PSICOGENO

Dolor de difícil comprensión, **constante, exagerado**, que **dirige la actividad** en pacientes con **conducta manipuladora, trastornos del sueño, labilidad emocional**, alteraciones de la personalidad y frecuentadoras de diversas consultas.

Dolor que **cambia de localización con expansión del conjunto de síntomas**.

**Anticipan un mal pronóstico con deterioro en vez de recuperación.**  
Múltiples tratamientos interrumpidos.

Obsesión por encontrar la **causa exacta** de su dolor y poca disposición a considerar la posibilidad de un componente no orgánico.

**Demasiado incapacitados** para las lesiones que se pueden objetivar.



## Exploración:

Imposibilidad de **completar** exploración.

**Discrepancia** en maniobras exploratorias.

No hay correlación anamnesis-exploración-pruebas complementarias.

**Signos de no organicidad** (Waddell) positivos.

El dolor se desencadena a la **palpación superficial**, de manera desmesurada, en zonas no típicas o lógicas.

También a la movilización de **zonas que no afectan** a la mecánica vertebral. A veces refieren irradiación tras maniobras atípicas.

Es difuso, **sin correspondencia anatómica**.

Aparece con las pruebas de carga-cabeza, etc.





Refieren **deficiencias funcionales** que no se corresponden con posibles metámeras alteradas. Lo refieren en zonas distintas al posible déficit neurológico.

**Desmesurada incapacidad** para el trabajo en relación con los hallazgos físicos.

**Manejo:**

No mejorarán con nada. Inicialmente AINEs de tipo **Ibuprofeno** o **Desketoprofeno**. Si se identifica el origen psicógeno, alta con informe al INSS.

**Criterios de derivación:** No es criterio de derivación ni a RHB ni a COT.



## 6-MUSCULAR

Dolor de aparición brusca **tras esfuerzo**. Generalmente referido a zonas lumbares **laterales**, generalmente **unilateral**. Sensación de “tirón” o de “chasquido” (esguince lumbar). Aparece en los movimientos que implican al músculo afectado, de forma **constante** y nunca referido a raquis.

Disestesias a nivel local (sensación de calor).

### Exploración:

No se objetiva dolor a presión osteoarticular (no dolor raquídeo). Sí sobre área muscular afectada. También a la **movilización** que produzca elongación de esa zona. A veces **contracturas** de defensa.



## Manejo:

Frio local inicialmente. Tras 24 horas, calor local en tandas cortas (10').

## Tratamiento:

### 1ª elección:

Ibuprofeno 600 1-1-1 (+1)

Diazepam 5 0-0-1. Si necesario por contractura, 1/2-1/2-1

### 2ª elección:

Paracetamol/Tiocolchicosido comp. 2-2-2 (+2)

Criterios de derivación: No hay, si se confirma el patrón y no hay cambios en el mismo.



## 7-DEGENERATIVO

Aparición generalmente **insidiosa** y en relación con **movimientos repetidos** (sin mecanismo lesional suficiente) o con **posturas mantenidas**. También a veces con **cambios de tiempo**. Dolores muy incapacitantes **sin** traumatismos ni esfuerzos **de entidad**. Generalmente **sin bloqueos** funcionales. Antecedentes de **años de evolución**. Se levantan de la cama con dolor y **mejora tras comenzar a moverse**, empeorando nuevamente tras jornada laboral.



## Exploración:

No hay nada concreto. Puede parecerse a cualquier patrón. La **anamnesis** marca la discordancia entre mecanismo desencadenante y cuadro clínico.

## Manejo:

AINEs de tipo más antirreumático (**oxicam, naproxeno, etc**) **Miorrelajante** si precisa. Manejar como el patrón al que se asemeje. Especialmente importante determinar contingencia.

**Criterios de derivación:** Si hubiera mala respuesta terapéutica en 1-2 semanas, a RHB.



## PATRONES MIXTOS

Comparten clínica de más de un patrón, p.ej, discogénico+facetario, discogénico+radicular, etc

En los casos en que aparezcan criterios clínicos que superpongan varios patrones, **el manejo se hará como el que corresponda al patrón dominante.**



# BANDERAS AMARILLAS

(Factores psicosociales de mal pronóstico).

Creencia de que la lumbalgia es dañina y potencialmente muy discapacitante.

Comportamiento de evitación por miedo y niveles de actividad reducida.

Tendencia a humor depresivo y abandono de las relaciones sociales.

Actitud pasiva ante los tratamientos propuestos, incredulidad en que la participación activa le ayudará.



# BANDERAS ROJAS

(Lumbalgias específicas)

Generalmente para manejo en Atención Especializada.

Posible patología raquídea seria:

Edad de debut <20 o >55 años.

Trauma alta energía.

Dolor torácico.

Antecedente de carcinoma, corticoides, abuso de drogas, VIH.

Afectación sistémica, rápida pérdida de peso.

Incapacidad severa para la flexión lumbar.

Alteración neurológica general.

Deformidad estructural.





## Síndrome de la cola de caballo (Cauda equina).

### Alteraciones inflamatorias:

Instauración gradual <40 años

Rigidez matutina marcada

Limitación persistente para el movimiento

Afectación de articulación periférica

Iritis, rash cutáneo, colitis, alteración uretral

Historia familiar



# INFORMACION PARA PACIENTES

La lumbalgia es un proceso benigno que cursa con dolor en la región lumbar y que tiene una buena evolución.

Durante el episodio de dolor:

- Evite el reposo en cama.
- Mantenga el mayor grado de actividad física diaria posible que le permita su dolor.
- Utilice analgésicos si precisa para disminuir el dolor y permanecer activo.

Es importante que conozca que los episodios de dolor se pueden repetir.

Algunas medidas pueden ser beneficiosas:

- Adquiera hábitos saludables en la realización de sus tareas habituales (planchar, escribir en el ordenador...)
- Haga ejercicio de manera regular.
- Evite movimientos monotonos y posturas forzadas mantenidas.



# TERMINOLOGIA y CLASIFICACION de la PATOLOGIA DISCAL

Propuesta conjunta de NASS, ASSR y ASN. *Spine 2001*

## I- PROTUBERANCIA O ABOMBAMIENTO DISCAL.

Deformidad de  $180^\circ$  (50%) o mas de la circunferencia del disco.

Generalmente, la extension por fuera del borde exterior de los platillos vertebrales es menor de 3 mm.

## II- PROTUSION DISCAL

Deformidad o desplazamiento discal menor de  $180^\circ$  (50%)

El nucleo está contenido por el anillo fibroso.

Se llama difusa o de base amplia si es mayor de  $45^\circ$  (25%)

Se llama focal si es menor de este 25%.

La distancia entre los bordes del material protruido menor que tamaño del disco de procedencia y el diámetro del material protruido debe ser menor que el cuello de la protusión.

## III- EXTRUSION DISCAL

Son siempre anomalias focales (<25%).

El material nuclear rebasa el grosor del disco o diametro mayor que la base.

(Las Protusiones focales y las Extrusiones, son las actuales Hernias Discales).



# CODIFICACION

## Diagnóstico principal

Siempre se codificará como primer diagnóstico **LUMBALGIA: 724.2**

Excepto en el caso de que el cuadro inicial sea únicamente **CIATALGIA: 724.3**

Diagnóstico secundario: Aquí especificaremos el patrón:

**DISCOGENICO:** 722.93

**FACETARIO:** 724.8

**RADICULAR:** 724.4

**ESTENOSIS:** 724.02

**PSICOGENO:** 307.80

**MUSCULAR:** 729.89

**DEGENERATIVO:** 721.3



Codigos de **patologias asociadas** que cursan con dolor lumbar:

**(SACROILIACO):** 720.2

**(CONTUSION):** 922.31

### Diagnósticos siguientes

Los que se vayan añadiendo en otros servicios o por cambio de patrón o patrones mixtos.



# BIBLIOGRAFIA BASICA

**Impacto sanitario, económico y social del dolor lumbar en la Comunidad Autónoma del País Vasco.** Proyecto de investigación comisionada. Pérez Tierno, S. Martínez de la Eranueva, R. Ruiz Téllez, A. Aizpuru Barandiarán, F. Iturgaiz Gorená, M<sup>a</sup> J. *Osteba, 2003.*

**Patrones de dolor lumbar: Fiabilidad de un modelo de clasificación.** Proyecto de Investigación Comisionada. Pérez Tierno, S. Martínez de la Eranueva, R. Aizpuru Barandiarán, F. Sánchez Ayala, JJ. *Osteba, 2008.*

**Enfermedad degenerativa lumbar.** Principios de Cirugía en Columna. Perez Tierno, S. *Curso AOSPINE Hospital Santiago Apostol (Vitoria-Gasteiz) 7-8 noviembre 2008.*

**Guía de práctica clínica sobre Lumbalgia.** Varios autores. *Guías de práctica clínica de Osakidetza (GPC 2007/1).*

**Manejo clínico de la lumbalgia inespecífica.** F Kovacs. *SEMERGEN-Medicina de Familia. 2002.*

**Pathology and pathogenesis of lumbar spondylosis and stenosis.** Kirkaldy-Willis WH, Wedge JH, Yong-Hing K, J. R. *Spine 1978;3:319-28.*

**The Biomechanics and Biology of the Spinal Degenerative Cascade.** Kern Singh, Daniel K. Park, Jay Shah, Frank M. Phillips. *Seminars in Spine Surgery. 2005.*



## **Fisiopatología de la degeneración y del dolor de la columna lumbar.**

C. Cano-Gómez, J. Rodríguez de la Rúa, G. García-Guerrero, J. Juliá-Bueno y J. Marante-Fuertes. *Rev. esp. cir. ortop. traumatol. (Ed. impr.). 2008*

**Classification of Intraespinal Pain.** Pynsent-Fairbank-Hall. *The Lumbar Spine (The International society for the study of the Lumbar Spine)*

**The natural history of disc herniations and the influence of intervencion.** Weber H. *Spine 1994*

**Información al paciente.** Flórez MT. Miranda JL. *“Dolor Lumbar” Aula médica, 1996.*

**Low Back Pain and Sciatica.** Anthony H Wheeler, *Pain and Orthopedic Neurology. eMedicine Neurology. Updated: Nov 5, 2010*

**Babel 2.0.** Jeffrey S. Ross. *Radiology 2010.*

**Low Back Pain.** R. Eyb and G. Grabmeier. G. Bentley (ed.), *European Instructional Lectures. European Instructional Course Lectures. 2009 EFORT*



**Hernia discal traumática. Implicaciones medicolegales.** J. Aso1 JV. Martínez-Quiñones F. Consolini M. Domínguez R. Arregui. *Cuad Med Forense* 2010.

**Nomenclature and Classification of Lumbar Disc Pathology.** Recommendations of the Combined Task Forces of the North American Spine Society, American Society of Spine Radiology, and American Society of Neuroradiology. David F Fardon, Pierre C Milette. *Spine Vol 26, Num 5.* 2001.

**Lumbalgia crónica y discapacidad laboral.** REVISION. A. Gómez-Conesa, S. Valbuena Moya. *Fisioterapia* 2005.

**Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations.** W. Brinjikji, P.H. Luetmer, B. Comstock et al. *Am J Neuroradiol.* April 2015.





# ESKERRIK ASKO ZUEN ARRETAGATIK

