

CAPÍTULO 9

TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL SÍNDROME DOLOROSO LUMBAR

Verónica López Roldan. Medicina física y rehabilitación
Mario Alberto Oviedo Mota. Medicina familiar
Juan Manuel Guzmán González. Medicina física y rehabilitación
Zoila Ayala García. Medicina familiar
Guillermo Ricardez Santos. Ortopedia y traumatología
María Elena Burillo Bauret. Jefatura de departamento clínico
José de la Torre Rosas. Medicina física y rehabilitación
Susana González Ramírez. Medicina física y rehabilitación
Rubén Juárez Guerrero. Medicina familiar
Alfonso Servín Alvarez. Medicina física y rehabilitación

Introducción

Se estima que el 90% de las personas adultas presenta un episodio de síndrome doloroso lumbar (SDL) a lo largo de su vida.¹ El SDL es la principal causa de limitación física en sujetos menores de 45 años, con la consiguiente pérdida de días laborables que implica. En el Instituto Mexicano del Seguro Social los trastornos del dorso y lumbares ocupan el séptimo lugar de los motivos de consulta en el primer nivel de atención². Se registró como la quinta causa de accidentes de trabajo en el año 20003.

Objetivo

Proporcionar recomendaciones para el diagnóstico y el manejo de los pacientes adultos ambulatorios portadores de síndrome doloroso lumbar en fase aguda.

Usuarios de la guía

La guía está dirigida a los médicos del primer nivel de atención.

Población blanco

Adolescentes y adultos de cualquier sexo.

Definición operativa

El síndrome doloroso lumbar es el dolor que se localiza en la región lumbar, región que está comprendida entre la parrilla costal y la región glútea inferior, acompañado generalmente de tensión muscular y que se presenta a partir de múltiples etiologías⁴.

Consideramos como fase aguda a aquel cuadro con un tiempo menor o igual a seis semanas⁵.

Selección de las evidencias

La selección de los artículos para la construcción de esta guía se realizó de la siguiente manera:

Las palabras clave para la búsqueda fueron: "backache", "acute low back pain", "chronic low back pain", "lumbar pain", "acute sciatica", "chronic sciatica" y "primary care". La revisión fue realizada a partir del año de 1990 hasta la fecha.

1. Se consultó la base de datos de Cochrane Library, en donde se buscaron las revisiones sistemáticas y en el registro de investigaciones controladas los ensayos clínicos relacionados con el síndrome doloroso lumbar.
2. En la base de datos de Medline fueron consultados

los ensayos clínicos controlados que fueron publicados posterior a la fecha de las revisiones sistemáticas que fueron localizadas en la Cochrane Library. Posteriormente se extrajeron todos los artículos independientemente de la metodología seguida en el estudio.

3. Se realizó una búsqueda dirigida de las guías para la práctica clínica que existieran publicadas en las diferentes páginas electrónicas.

Se identificaron nueve revisiones sistemáticas en la Cochrane Library; cincuenta y tres ensayos clínicos en el registro de investigaciones controladas y cincuenta y cuatro artículos en la base de datos de Medline (las palabras clave estaban en el título del artículo). Fueron identificadas tres guías clínicas para el manejo del dolor bajo de espalda.

El material localizado fue reproducido y entregado para su lectura individual a cada uno de los elementos del equipo constructor de la guía. La selección de los artículos para la decisión de su inclusión final fue realizada por discusión entre los elementos del grupo, fueron utilizados los criterios de las guías para los usuarios de la literatura médica que han sido publicados en JAMA entre los años de 1993 y 2000.

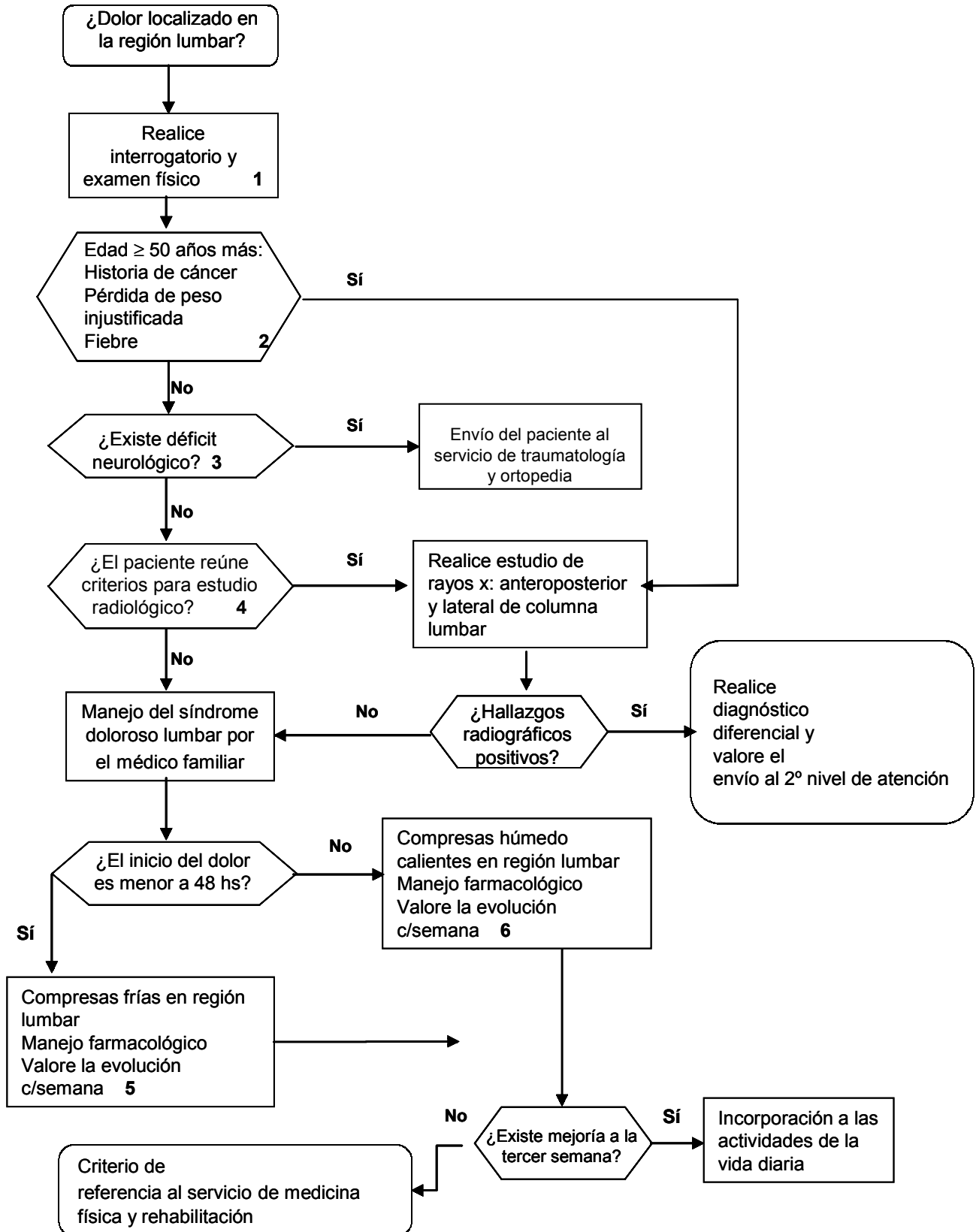
Clasificación del nivel de evidencia y fuerza de la recomendación

La categoría de la evidencia de la literatura indica al usuario el origen de las recomendaciones emitidas.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de estudios clínicos aleatorizados	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado	
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
Ilb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999;318:593-59.

Guía clínica para la atención del síndrome doloroso lumbar



Anotaciones a los algoritmos

1. Evaluación inicial. La evaluación inicial de los pacientes con SDL debe contemplar un interrogatorio y examen físico dirigido; en la Tabla 1 se presentan los elementos mínimos iniciales que el clínico debe obtener para la integración del diagnóstico¹.

Tabla 1. Aspectos claves del interrogatorio y examen físico del paciente con SDL

<p>Interrogatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inicio del dolor <input type="checkbox"/> Localización del dolor <input type="checkbox"/> Tipo y características del dolor <input type="checkbox"/> Factores que lo aumentan y disminuyen <input type="checkbox"/> Traumatismos previos <input type="checkbox"/> Factores psicosociales de estrés en el hogar o en el trabajo <input type="checkbox"/> Factores ergonómicos, movimientos repetidos y sobrecarga <input type="checkbox"/> ¿Es el primer cuadro doloroso? <input type="checkbox"/> Presencia de signos de alarma (ver Tabla 2) <p>Examen físico</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hábitus exterior: postura del paciente, facies, conducta dolorosa <input type="checkbox"/> Exploración física dirigida a los datos positivos obtenidos en el interrogatorio <input type="checkbox"/> Evaluación neurológica <input type="checkbox"/> Examen de columna <input type="checkbox"/> Movilidad y arcos dolorosos <input type="checkbox"/> Postura <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Elevación de la pierna en extensión (Lassage)

2. Identificación de signos de alarma. Su presencia se traduce en enfermedades sistémicas y en la necesidad de referencia al segundo nivel de atención para inicio de un protocolo de estudio (Tabla 2).

Tabla 2. Signos de alarma; su presencia es un indicador de enfermedad sistémica o patología ósea

Edad mayor de 50 años o menor a 20 años	Incrementa el riesgo de enfermedad sistémica o fracturas
Historia personal de cáncer	Se considera que el dolor lumbar es causado por cáncer hasta probar otra causa
Pérdida de peso inexplicable	Traduce cáncer, infección o desórdenes endocrinos
Fiebre mayor de 38°C por más de 48 horas	Infección, considera diagnósticos de infección de vías urinarias, shigelosis, salmonelosis, etc.
Traumatismo grave reciente	Sospecha de fractura, considere toma de rayos X.
Déficit neuromotor súbito con pérdida del control de esfínteres, alteraciones de la sensibilidad o la fuerza de las extremidades inferiores	Sospecha de síndrome de cauda equina o lesión medular, secundaria a lesión traumática u oncológica

3. Déficit neurológico. El examen neurológico debe comprender la fuerza muscular por miotoma (representación muscular de una raíz nerviosa), la sensibilidad por dermatoma (representación cutánea de una raíz nerviosa) y los reflejos miotáticos profundos (osteo-tendinosos). La correlación de estos tres nos identifica lesiones radicales representativas para las raíces L4, L5 y S1. La prueba de la elevación de la pierna en extensión (Lassage) complementa los datos obtenidos de la exploración neurológica que en conjunto traducen lesión radicular^{1,6} (IV,D).

4. Criterios para estudio de rayos X. El clínico debe evaluar la justificación para la toma del estudio de rayos X1·5 (IV,D) (Tabla 3). La evidencia muestra que la toma del estudio en los pacientes atendidos en el primer nivel de atención con dolor lumbar no está asociada con mejoría de la funcionalidad de los pacientes, la severidad del dolor o del estado de salud general; sin embargo, está asociado con un incremento en las cargas de trabajo del médico. El estudio radiológico no es recomendado a menos que exista la indicación, aun cuando el cuadro tenga una evolución de seis semanas o más de evolución⁷ (Ib,A).

Tabla 3. Indicaciones para estudio de rayos X en los pacientes con síndrome doloroso lumbar

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Historia de traumatismo severo <input type="checkbox"/> Déficit neurológico <input type="checkbox"/> Temperatura mayor a 38°C <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable <input type="checkbox"/> Historia personal de cáncer <input type="checkbox"/> Uso de corticosteroides <input type="checkbox"/> Abuso de drogas o alcohol <input type="checkbox"/> Sospecha de espondilitis anquilosante

5. Tratamiento del SDL con un inicio del dolor menor a 48 horas.

Frío local. En general el uso de compresas frías es recomendado en las primeras 24 a 48 horas del inicio del dolor; su aplicación reduce la inflamación y el dolor. El frío ayuda a reducir la inflamación por producir vasoconstricción local. Asimismo, el frío ayuda al manejo del dolor por la reducción del espasmo muscular y bloqueo de los impulsos nerviosos que llevan el mensaje del dolor al sistema nervioso central. La indicación es poner en una bolsa de plástico hielo y aplicar en la región lumbar, por periodos de 10 minutos 3 ó 4 veces al día; la

colocación de la bolsa de hielo no debe ser estática, sino que debe mantenerse en movimiento en la región afectada⁸ (III,C).

6. Tratamiento del SDL con inicio del dolor mayor a 48 horas

Calor local. La aplicación de calor en el área dolorosa es frecuentemente utilizada después de las primeras 24 a 48 horas para reducir el dolor; alivia el espasmo muscular y mejora el flujo sanguíneo. El calor superficial actúa como un analgésico (moderador del dolor) por producir vasodilatación. De la misma forma, el incremento del flujo sanguíneo ayuda a remover productos metabólicos que pueden estimular los receptores del dolor; también refuerzan la entrada de nutrientes para la reparación de los tejidos. El calor disminuye el espasmo y la tensión muscular; además, incrementa la elasticidad de los tejidos que ayuda a incrementar el rango de los movimientos y da una mayor comodidad durante las actividades de la vida diaria. La recomendación es aplicar calor húmedo por aproximadamente 15 a 20 minutos; esta aplicación debe ser cada 2 horas y se debe evitar aplicar el calor directamente a la piel, ya que se pueden producir lesiones por quemaduras⁸ (III,C).

Medicamentos

La evidencia establece que los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), al ser comparados con analgésicos simples y otras drogas, son más efectivos en la mejoría de los pacientes con SDL, pero los efectos son modestos. Existe evidencia sólida que los AINE, al ser comparados entre sí, son igualmente efectivos en el manejo del SDL⁹ (Ia, A); sin embargo, en su elección se debe considerar el riesgo de producir efectos secundarios principalmente en tubo digestivo. En la Tabla 4 se presentan los AINE de acuerdo con su riesgo potencial de producir efectos adversos gastrointestinales¹⁰(Ib,A).

Tabla 4. Riesgo de efectos adversos gastrointestinales de acuerdo con el tipo de AINE

Bajo	Ibuprofen Diclofenaco	200 mg cada 4 ó 6 horas 100 mg cada 12 ó 24 horas
Intermedio	Naproxen Indometacina Aspirina Sulindac	500 a 1500 mg en 24 horas 25 a 50 mg cada 8 horas 500 mg cada 4 u 8 horas 400 mg en 24 horas (1 ó 2 tomas)
Alto	Piroxicam Ketoprofeno	20 mg después del desayuno 100 mg cada 8 horas

El paciente debe ser evaluado cada semana; en caso de no existir mejoría a la tercera semana, está indicado su envío al servicio de medicina física y rehabilitación del segundo nivel de atención.

Respecto al tiempo en que se debe administrar el medicamento en el SDL, existe una diversidad en los tiempos en que se administró el medicamento en los diferentes estudios; estos tiempos van de 2 a 14 días, de aquí que no podemos realizar una recomendación basada en la evidencia; los días en que el paciente reciba el medicamento dependerá de la evolución del cuadro y del juicio del médico (IV,D).

Reposo en cama

El reposo en cama no es efectivo en la fase aguda del cuadro y puede retrasar la recuperación del paciente. La recomendación es continuar con las actividades habituales; sin embargo, los movimientos corporales tales como la flexión, el giro, el estiramiento y las actividades vigorosas deben ser evitadas¹¹(Ia, A). La actividad acelera la recuperación y el retorno a las actividades laborales. Basado en la evidencia, no existe una diferencia importante en los efectos del reposo en cama comparado con la recomendación de permanecer activo en el tratamiento del SDL¹² (Ia,A). Se debe valorar la aplicación de esta recomendación a los pacientes con déficit neurológico.

Masajes

No existe evidencia convincente de que el masaje como una terapia única y de primera elección sea efectiva en el SDL. Su beneficio puede ser asociado con otras modalidades terapéuticas, en cuyo caso deben considerarse las contraindicaciones para su aplicación, tales como el aplicar el masaje sobre áreas con inflamación aguda, infecciones en la piel, fracturas no consolidadas, áreas con quemaduras, trombosis venosa profunda o sobre sitios con tumores cancerosos. Existen otras modalidades terapéuticas como la electroterapia con resultados comparables o mejores en el alivio del dolor y mejoría de la función. No se recomienda como terapia única o de primera elección¹³ (Ia, A).

Ejercicios terapéuticos en el SDL

No se recomienda el ejercicio para el alivio del dolor en los casos de SDL agudo. El ejercicio puede ser útil en el manejo del SDL crónico; su práctica mejora el dolor y el estado funcional del paciente. Existe conflicto de evidencia sobre qué tipo de

ejercicio (flexión, extensión y estiramiento) es más efectivo en el SDL crónico¹⁴ (Ia, A).

Los ejercicios de flexión (Williams) son recomendados en los pacientes con SDL crónico (IV, D).

Uso de cinturones, fajas o soportes lumbares

La revisión sistematizada de la investigación muestra que hay limitada evidencia en el manejo del SDL que apoye que el uso de soportes lumbares es más efectivo que el no usarlos. Este punto no es claro y existe la necesidad de plantearlo en futuras investigaciones¹⁵ (Ia, A).

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Patel AT, Ogle AA: Diagnosis and management of acute low back pain. *Am Fam Physician* 61(6):1779-86, 2000.
- 2 Aguirre GH, Báez GB, Soto AM, Valdivieso CR, Galindo AR, Wachter RN. Demanda de atención médica en el IMSS por derechohabientes de 65 años y mayores. Análisis epidemiológico. *Rev Med IMSS* 2000;38(1):39-52.
- 3 Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud en el Trabajo: Memoria Estadística de Salud en el Trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2000.
- 4 Dono C, Patora M, González L: Lumbalgia. (article online), 2001. Available from <http://www.fisterra.com/guias2/lumbalgia.htm> Accessed February 2002
- 5 Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guidelines: Adult Low Back Pain (article online), 2001. Available from <http://www.icsi.org>. Accessed November 2001
- 6 BenDebba M, Torgerson W, Long D: A validated, practical classification procedure for many persistent low back pain patients. *Pain* 2000;87:89-97.
- 7 Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M: Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial *BMJ* 2001; 322(7283):400-405.
- 8 Oaks S, Yoke M: The low back low down: pain prevention. *American Fitness* 2000;18(4):47-56.
- 9 Tulder MW, Scholten R, Koes B, Deyo R. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. The cochrane database of systematic reviews 2002; Volume (Issue 1)
- 10 Gotzche P. Extracts from "Clinical Evidence" Non-steroidal anti-inflammatory drugs. *BMJ* 2000; 320:1058-61.
- 11 Waddell G, Feder G, Lewis M: Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1999; 47:647-52.
- 12 Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M: Bed rest for acute low back pain and sciatica. The Cochrane database of systemic reviews 2002; Volume (Issue1).
- 13 Furlan AD, Brosseau L, Welch V, Wong J: Massage for low back pain. The Cochrane database of systematic reviews 2002; Volume (Issue 1).
- 14 Tulder MW, Malmivaara A, Esmail R, Koes BW: Exercise therapy for low back pain. The cochrane database of systematic reviews 2002; Volume (Issue 1)
- 15 Tulder MW, Jellema P, Poppel M, Nachemson A, Bouter L: Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain. The Cochrane database of systematic reviews 2002; Volume (Issue 1).