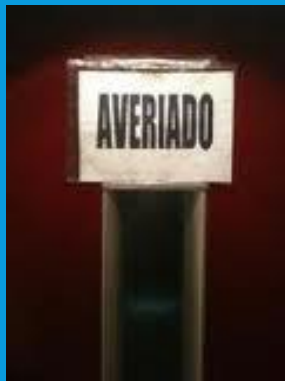


MANEJO CLINICO DE LA LUMBALGIA EN ATENCION PRIMARIA

Doctora Fernández

Atención Primaria Mallorca



DEFINICIÓN LUMBALGIA



- Dolor entre las últimas costillas y el pliegue glúteo inferior, cuya intensidad varía con las posturas y movimientos y que suele asociarse a limitación dolorosa de la movilidad con o sin irradiación

CIATICA



- Dolor irradiado por la extremidad inferior por debajo de la rodilla , incluso hasta el pie (Pinto RZ , 2012)
- Dolor irradiado por irritación o compresión del nervio ciático.

TIPOS



- INESPECIFICA 95%
- ENFERMEDAD SISTEMICA 1%
- ALTERACIONES ESTRUCTURALES 4%

RED FLAGS



- Signos de alarma (posible causa sistémica: neoplasia, infecciosa, traumática e inflamatoria)

Edad primer episodio <20 o >55 años

Dolor dorsal

Dolor progresivo que no se modifica con movilidad

Gran dificultad de movimiento

Signos neurológicos

Signos de afectación general (AAA)

Antecedentes de trauma, corticoides, drogas

PREVALENCIA



PREVALENCIA	ESTUDIO EPISER	OTROS
A LO LARGO DE LA VIDA	80%	84 % COST 70% (Hult 1954)
MESES PREVIOS	44 % (6 meses)	50% (3 meses) (Stranjalis 2004)
PUNTUAL	14,8%	12 a 30% (Koes 2006)
LUMBALGIA CRONICA	7,7%	5 a 7% (Wadell 1988)



CARGA ECONÓMICA

GASTO TOTAL 1,7% PIB en un país desarrollado (Van Tulder)

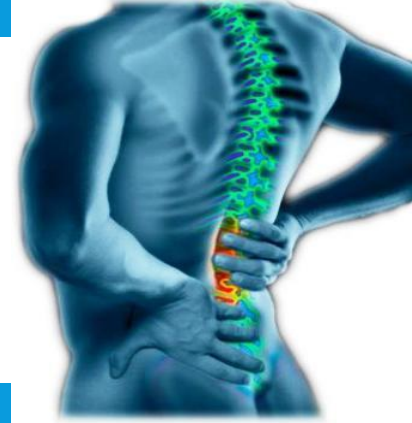
USA 1998 \$ 90,7 BILLONES

GASTO DIRECTO (SANITARIO)

- Consultas (AP 2 millones /año)
- Pruebas diagnósticas (Rx, TAC, RNM)
- Fármacos (40% en población general y 91% en la que acude a una consulta)

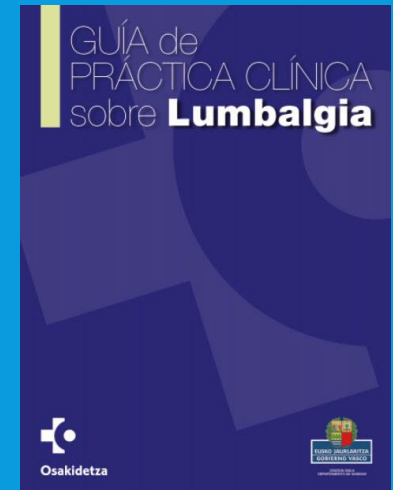
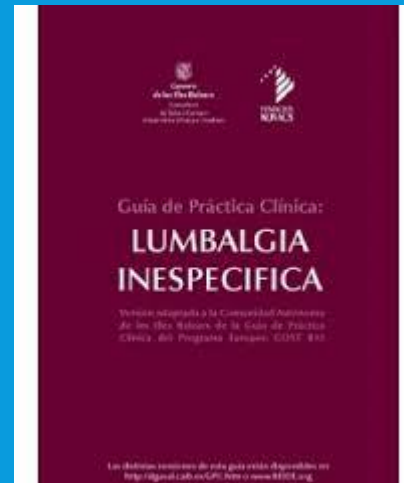
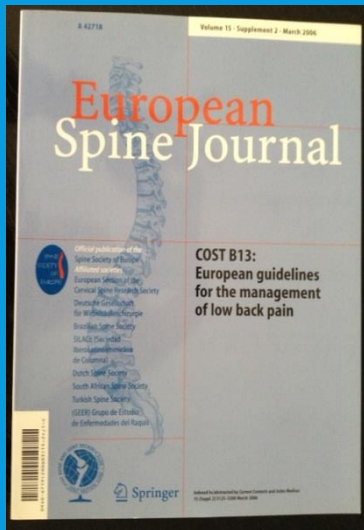
GASTO INDIRECTO (ABSENTISMO), 5 veces superior al directo (Dagenais S 2010)

VARIABILIDAD



- Diferente perspectiva de los profesionales
- Diferente formación
- Consecuencias
- La alta variabilidad supone grandes diferencias en coste, con resultados similares.
- Es uno de los motivos mas frecuentes de uso de terapias alternativas

GUÍAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA



EVALUACIÓN DEL PACIENTE



ANAMNESIS (test EVA , test incapacidad)

EXPLORACION FISICA. Confirmar las sospechas

LASSEGUE , REFLEJOS

CLASIFICAR

1.-INESPECIFICO

2.-ENFERMEDAD SISTEMICA

3.-PROBLEMA ESTRUCTURAL o SINDROME RADICULAR (Hernia discal , estenosis del canal)

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



- RADIOLOGIA
- ANALITICA. VSG, PCR, HLA B27
- RNM
- EMG

PRUEBAS DE IMAGEN



- RADIOGRAFIA no indicada de forma precoz, ni rutinaria
- RNM, método de elección para evaluar la morfología del disco intervertebral

PRUEBAS IMAGEN



Procedimiento diagnóstico	Dosis efectiva característica (mSv)	Nº equivalente de RX de tórax	Período equivalente aproximado de radiación natural de fondo ⁽¹⁾
<i>Radiografías:</i>			
Extremidades y articulaciones (excluida la cadera)	< 0,01	< 0,5	< 1,5 días
Tórax (sencilla, posteroanterior)	0,02	1	3 días
Cráneo	0,07	3,5	11 días
Columna dorsal	0,7	35	4 meses
Columna lumbar	1,3	65	7 meses
Cadera	0,3	15	7 semanas
Pelvis	0,7	35	4 meses
Abdomen	1,0	50	6 meses
UIV	2,5	125	14 meses
Esofagograma	1,5	75	8 meses
Esofagogastroduodenal	3	150	16 meses
Tránsito intestinal	3	150	16 meses
Enema opaco	7	350	3,2 años
TC de cabeza	2,3	115	1 año
TC de tórax	8	400	3,6 años
TC de abdomen o pelvis	10	500	4,5 años
<i>Gammagrafías:</i>			
Pulmonar de ventilación (Xe-133)	0,3	15	7 semanas
Pulmonar de perfusión (Tc-99m)	1	50	6 meses
Renal (Tc-99m)	1	50	6 meses
Tiroidea (Tc-99m)	1	50	6 meses
Ósea (Tc-99m)	4	200	1,8 años
Cardíaca dinámica (Tc-99m)	6	300	2,7 años
PET de la cabeza (F-18 FDG)	5	250	2,3 años

TRATAMIENTO



- Múltiples opciones terapéuticas
- Efecto a corto plazo.

- TIPOS DE TRATAMIENTO
 - 1.Tratamiento recomendados
 - 2.Tratamientos no recomendados no suficientemente evaluados
 - 3.Tratamientos no recomendados si evaluados.

TRATAMIENTOS EVALUADOS QUE NO FUNCIONAN



- Infiltraciones de toxina botulínica
- Infiltraciones sacroilíacas
- Infiltraciones epidurales
- Infiltraciones en puntos gatillo
- Infiltraciones facetarias de anestésicos o corticoides
- Infiltraciones intradiscales
- Proloterapia (infiltraciones esclerosantes)
- Rizólisis por radiofrecuencia
- IDET e IRFT (Electrotermoterapia intradiscal y termocoagulación intradiscal por radiofrecuencia)
- Lesión del ganglio dorsal por radiofrecuencia
- Manipulación vertebral (mas eficaz q placebo a corto plazo)
- Acupuntura
- Masaje
- Tracciones lumbares
- Estimulación eléctrica transcutánea (TENS)
- Laserterapia
- Ultrasonido

TRATAMIENTOS RECOMENDADOS



- Información al paciente y programas educativos breves
- Evitar el reposo en cama
- Mantener el mayor grado posible de actividad física
- Fármacos de primera línea: analgésicos, antiinflamatorios y miorrelajantes
- Fármacos de segunda línea: antidepresivos
- Intervención neuroreflejo-terápica
- Ejercicio
- Escuelas de la Espalda
- Tratamiento psicológico (cognitivo-conductual)
- Parches de capsaicina
- Fármacos de tercera línea: Opiáceos mayores
- Programas multidisciplinarios
- Neuroestimulación eléctrica percutánea (PENS)
- Cirugía en casos muy concretos

TRATAMIENTOS NO SUFICIENTEMENTE EVALUADOS



- Corrientes interferenciales
- Onda corta
- Termoterapia (calor)
- Fajas y corsés lumbares
- Electroestimulación medular
- Ozonoterapia
- Fármacos anti-TNF (factor de necrosis tumoral)

TRATAMIENTO



- INFORMAR. Manual de la espalda
- VIDA ACTIVA
- EJERCICIO FISICO (espalda.org)
- TRATAMIENTOS MEDICOS
 - FARMACOLOGICOS
 - FISOTERAPEUTICOS
 - NRT

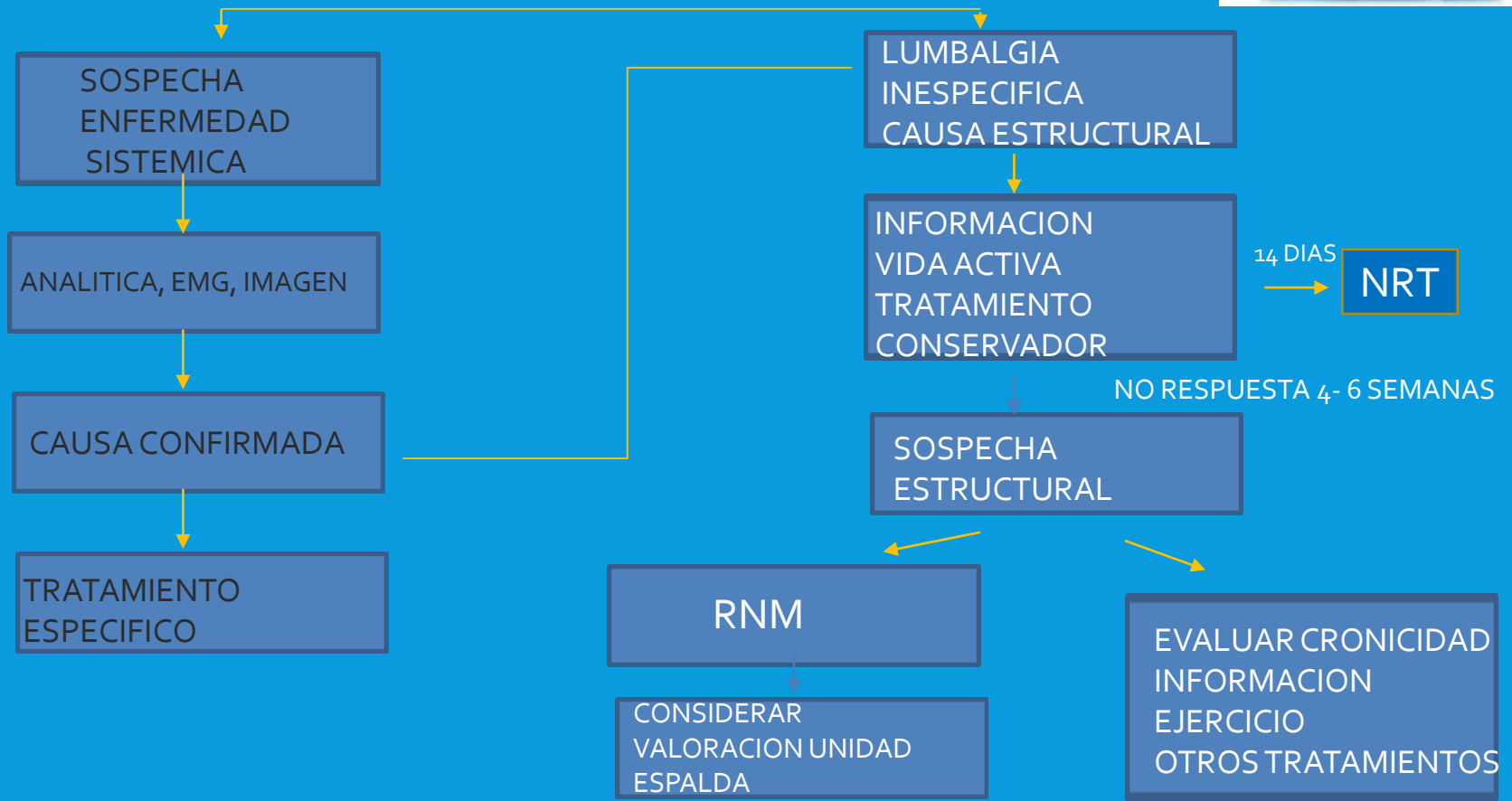
MANEJO FARMACOLÓGICO EN EL DOLOR LUMBAR

	Principio activo	Efectos adversos del grupo
Primera opción	paracetamol	Hepatotoxicidad a dosis altas
Segunda opción	Diclofenaco Ibuprofeno Naproxeno	Gastrointestinales, cardiovasculares, renales
En cualquiera de las opciones anteriores si persistencia de dolor valorar asociar	Relajantes musculares	Somnolencia
Tercera opción	Paracetamol + Codeína	Estreñimiento ,Somnolencia
Cuarta opción	Tramadol	Estreñimiento, Somnolencia, Cefalea
Mala evolución de lumbalgia crónica o subaguda con factores de mal pronóstico funcional	Antidepresivos tricíclicos	Somnolencia Efectos anticolinérgicos Efectos vasculares



DOLOR LUMBAR

HISTORIA CLINICA
EXPLORACION FISICA



FACTORES DE RIESGO



• CLINICOS

- Un episodio previo de dolor lumbar está relacionado con cronicidad y recurrencia de lumbalgia.
- La edad mayor de 50 años se asocia con retraso en la incorporación al trabajo y cronicidad .
- El dolor lumbar irradiado y la presencia de Lasègue en la exploración física se asocian a recurrencia y a prolongación de días de IT.
- La incapacidad producida por el dolor al inicio del episodio está asociada a cronicidad , recurrencia y prolongación de días de baja

• PSICOSOCIALES

- La presencia de distres/tendencias depresivas en pacientes con lumbalgia aguda inespecífica favorece la transición a crónico
- Las creencias sobre la enfermedad y las conductas evitativas del dolor estén asociadas a cronicidad y recurrencia de lumbalgia en nórdicos, no en nuestra cultura .

• OCUPACIONALES

- El aislamiento social en el trabajo y las altas demandas físicas en el mismo están relacionadas con retraso en la incorporación al trabajo

FACTORES DE RIESGO



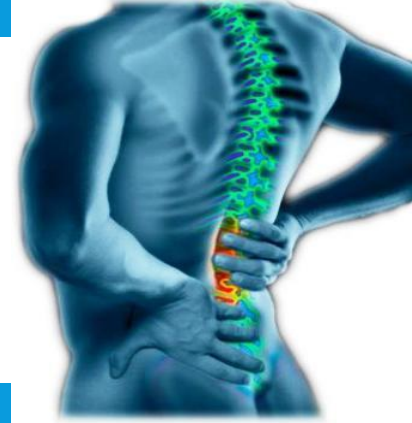
- Se recomienda tener en cuenta los factores predictores de mala evolución de la lumbalgia, a las cuatro semanas, en pacientes con persistencia de clínica y/o que continúan en situación de IT.
- Factores predictores de cronicidad:
 - episodios previos de dolor lumbar,
 - edad mayor de 50 años, dolor irradiado,
 - presencia de Lasègue,
 - incapacidad producida por el dolor al inicio del episodio,
 - tendencias depresivas y aislamiento social
 - altas demandas físicas en el trabajo.

RESUMEN



- Distinguir tipo de lumbalgia
- Evaluar al paciente
- Informar
- Utilizar tratamientos con evidencia científica
- Intentar identificar factores de riesgo de cronicidad

CONCLUSION



GRACIAS POR VUESTRA ATENCION





- HERNIA DISCAL . Dolor irradiado y alteración sensitiva y o motora de distribución radicular. Lassegue positivo. Duración mas de 6 semanas
- ESTENOSIS DEL CANAL. Dolor irradiado a miembros inferiores. Claudicación neurógena. Duración mas de 6 semanas.
- RNM EMG