

**XVIII Curso de Actualización
para Médicos Generales
La Visión del Residente**

Dolor Lumbar

Jesús Antonio Vanegas Muñoz

Residente Medicina Física y Rehabilitación

Universidad de Antioquia

2018



Regional Antioquia

Escenario

- Paciente de 37 años, quien inicia con dolor lumbar, irradiado a la pierna derecha, hasta la rodilla después de jornada laboral, consultó a urgencias donde aplican diclofenaco y dexametasona con mejoría parcial y envían para la casa, con incapacidad de 3 días.

Escenario

Consulta 28 días después por persistencia del dolor

Exploración física

- TA 120/70, Fc, 88 Peso 97 kg, Talla 1,75 m, 80mm EVA
- Auscultación cardiaca y respiratoria: rítmica y sin soplos
- EEII: Pedios ++. sin edemas ni signos de TVP
- Neurológico: fuerza por segmentos y reflejos normal. Respuesta Plantar flexora bilateral.
- Locomotor: dolor difuso en la región cuadrado lumbar derecho. La Marcha es normal. Sensibilidad normal.

¿Cuál es el problema?

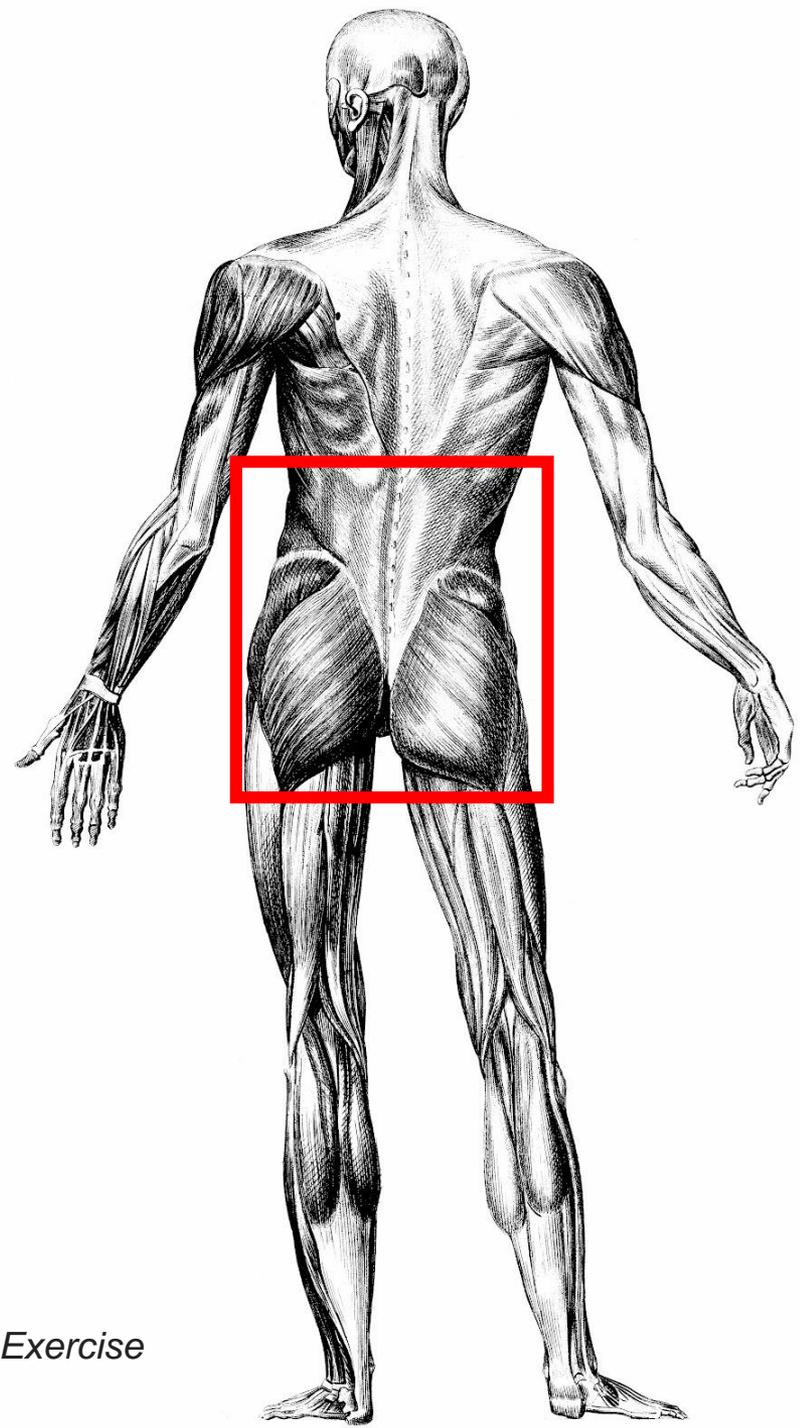
- Problema de salud pública, con una prevalencia en el transcurso de la vida del 84%.
- 25% de las personas en cualquier lugar reportan dolor lumbar al menos un día en los últimos 3 meses.
- 2006 represento 100,000 millones dólares para EEUU.

¿Cuál es el problema?

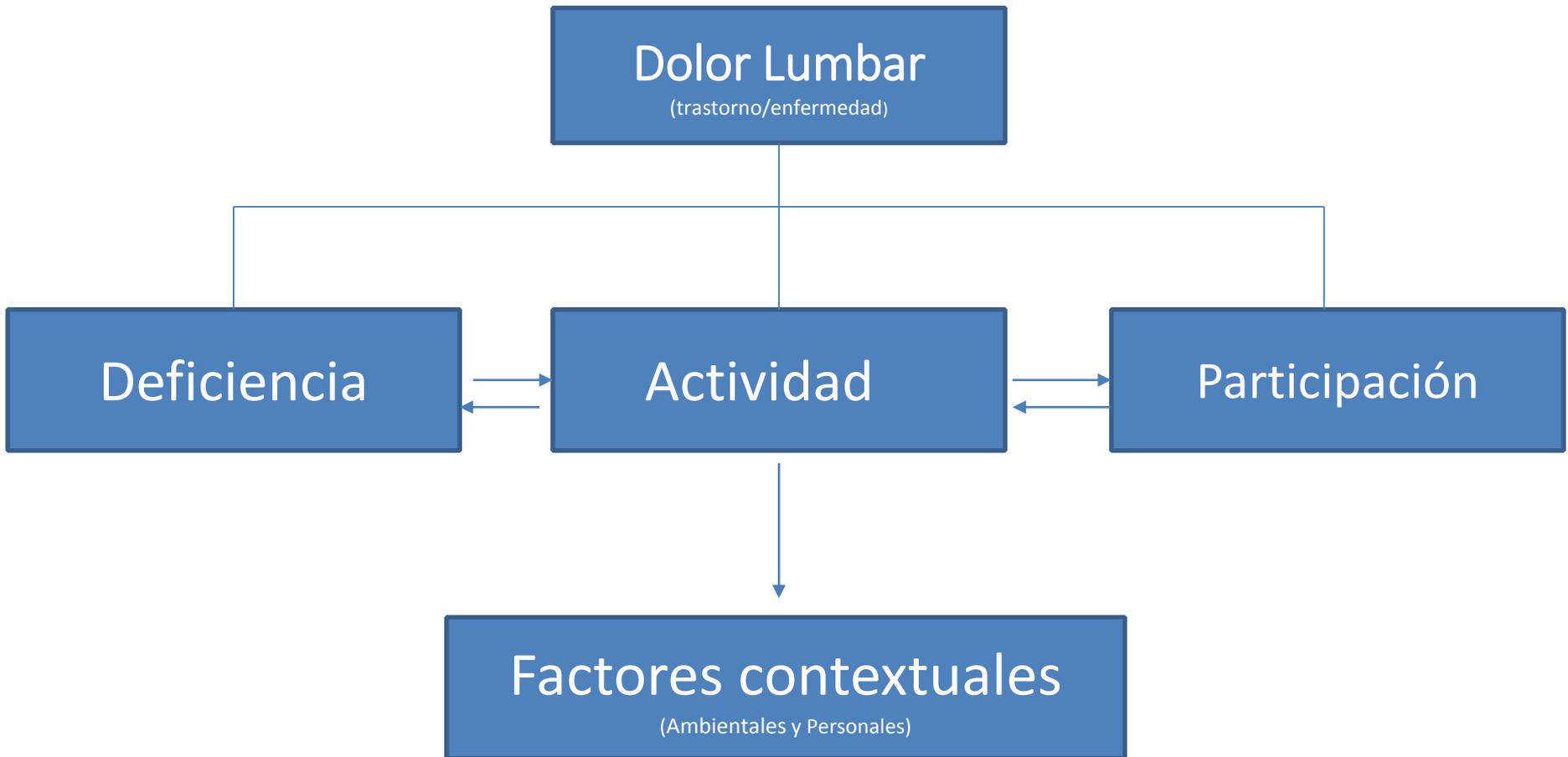
- 70% volverá a repetir.
 - 20% Crónico.
 - 10% Sera fuente de discapacidad.
-
- Principales motivos de consulta en los diferentes servicios de atención.

Definición

- El dolor lumbar se define como dolor, tensión muscular o rigidez localizada debajo del borde inferior de las costillas y por encima de los pliegues glúteos inferiores, con o sin dolor irradiado a las piernas



Clasificación internacional de la discapacidad y la función (CIF)



Estado del arte

- Que se debe hacer y cuando hacerlo.



- Que no se debería hacer.



Search NICE...



Casa > Orientación NICE > Condiciones y enfermedades > Condiciones musculoesqueléticas

Dolor lumbar

[Registrarse como parte interesada](#)

Dirección
Recursos

Todo lo que NICE ha producido sobre el tema de la lumbalgia. Incluye pautas relacionadas y NICE Pathways.

4 nuevo y 0 actualizado productos desde julio de 2017.

NICE Pathways: mapeando nuestra guía



[Dolor de espalda baja y ciática](#)

Normas de calidad

[Dolor lumbar y ciática en más de 16 años](#)

(QS155)

Julio de 2017

Guía de procedimientos intervencionistas

[Discectomía lumbar mecánica percutánea automatizada \(IPG141\)](#)

Noviembre de 2005

[Discectomía lumbar epidioscópica a través del hiato sacro de la ciática \(IPG570\)](#)

Diciembre de 2016

[Inserción de un implante de disco anular en](#)

Personas de 16 años o mas con dolor lumbar con o sin irradiación.

Evaluación y estratificación del riesgo.

Imágenes.

Tratamiento.

4



- No ofrezca rutinariamente imágenes en un entorno no especializado.
- Explique a las personas, en caso de que se los derive a especialista, es posible que no necesiten imágenes.
- Considere las imágenes en entornos de atención especializados solo si el resultado es probable que cambie el tratamiento .

Personas de 16 años o mas con dolor lumbar con o sin irradiación.

Información y asesoramiento para apoyar la autogestión.



Ejercicio.

Paquetes de terapia manual.

Paquetes de terapia psicológica.

Combine los programas anteriores.

- Informe al paciente sobre su condición y las posibles causa de dolor.
- Aliente al paciente a continuar con sus actividades.
- Brinde consejos para que el paciente se empodere de su condición.

Tratamiento farmacológico

Ofrezca



No ofrezca



No ofrecer:

- Acetaminofén en monoterapia.
- Opioides de forma rutinaria para el lumbago agudo.
- Opioides para el lumbago crónico.
- Antidepresivos de cualquier tipo.
- Anticonvulsivantes.

Personas de 16 años o mas con dolor lumbar con o sin irradiación



Tratamiento adicionales para la "radiculagia"



Denervación por radiofrecuencia



Otros procedimientos quirúrgicos



- Estimulación espinal para el dolor crónico de origen neuropático o isquémico.
- Evalúe si el beneficio supera los costos y riesgos.
- Falla en demás tratamientos.

Personas de 16 años o mas con dolor lumbar con o sin irradiación

NO OFRECER

Acupuntura o electroterapia

Tracción, Órtesis, cinturones

Fusión espinal

Inyecciones espinales o reemplazo de disco

- Aplicación de anti-inflamatorios como esteroides.
- Aplicación de otras sustancias como dextrosa "Proloterapia".
- Aplicación de agentes anestésicos excepto como medida diagnóstica para una radiofrecuencia.



CLINICAL GUIDELINE



Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians

Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Timothy J. Wilt, MD, MPH; Robert M. McLean, MD; and Mary Ann Forciea, MD; for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians*

Ann Intern Med. 2017;166:514-530. doi:10.7326/M16-2367

Annals.org

For author affiliations, see end of text.

This article was published at Annals.org on 14 February 2017.

Tratamiento Lumbago Agudo

Appendix Table 1. Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments for Acute or Subacute Low Back Pain

Intervention	Outcome	Magnitude of Effect	Strength of Evidence (Studies)
Pharmacologic treatments vs. placebo (acute only)			
Acetaminophen			
Pain		No effect	Low (1 RCT)
Function		No effect	Low (1 RCT)
NSAIDs			
Pain		Small (pain intensity) No effect (pain relief)	Moderate (5 RCTs)
Function		Small	Low (2 RCTs)
SMRs			
Pain		Small	Moderate (5 RCTs)
Systemic corticosteroids			
Pain		No effect	Low (2 RCTs)
Function		No effect	Low (2 RCTs)

Ciclobenzaprina y Tizanidina

Tratamiento Lumbago Agudo

Appendix Table 1. Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments for Acute or Subacute Low Back Pain

Intervention	Outcome	Magnitude of Effect	Strength of Evidence (Studies)
Nonpharmacologic treatments vs. sham, no treatment, or usual care (acute or subacute)			
Exercise vs. usual care			
Pain		No effect	Low (6 RCTs)
Function		No effect	Low (6 RCTs)
Acupuncture vs. sham acupuncture			
Pain		Small	Low (2 RCTs)
Function		No effect	Low (5 RCTs)
Massage vs. sham massage			
Pain		1 wk: Moderate 5 wk: No effect	Low (2 RCTs)
Function		1 wk: Moderate 5 wk: No effect	Low (2 RCTs)
Heat wrap vs. placebo			
Pain		Moderate	Moderate (4 RCTs)
Function		Moderate	Moderate (2 RCTs)

Tratamiento Lumbago Agudo

Intervention	Outcome	Magnitude of Effect	Strength of Evidence (Studies)
Comparative benefits of pharmacologic and nonpharmacologic treatments			
NSAID vs. NSAID			
Pain		No difference	Moderate (21 RCTs)
Acetaminophen vs. NSAID			
Pain		No difference	Low (4 RCTs)
Function		No difference	Low (4 RCTs)
COX-2-selective NSAID vs. traditional NSAID			
Pain		No difference	Low (3 RCTs)
SMR vs. another SMR			
Pain		No difference	Low (2 RCTs)
Function		No difference	Low (2 RCTs)
Exercise vs. exercise			
Pain		No difference	Moderate (>20 RCTs)
Function		No difference	Moderate (>20 RCTs)
Lumbar support vs. other active treatments			
Pain		No difference	Low (3 RCTs)
Function		No difference	Low (3 RCTs)
Acupuncture vs. NSAIDs			
Overall improvement		Small	Low (5 RCTs)

QASEEM, Amir, et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 2017, vol. 166, no 7, p. 514-530.

Intervention	Outcome	Magnitude of Effect	Strength of Evidence (Studies)
Combination therapy treatments vs. monotherapy treatments or no treatment (acute or subacute)			
SMR + NSAID vs. NSAID alone			
Pain		Inconsistent benefit	Low (3 RCTs)
Massage vs. other treatments (manipulation, exercise therapy, relaxation therapy, acupuncture, or physiotherapy) vs. other treatment alone (subacute to chronic)			
Pain		Small	Moderate (9 RCTs)
Function		Small	Moderate (4 RCTs)
Massage plus another active treatment (exercise, exercise and education, or usual care) vs. the other treatment alone (subacute to chronic)			
Pain		Improved	Low (5 RCTs)
Function		Improved	Low (5 RCTs)
Spinal manipulation plus exercise or advice vs. exercise or advice alone			
Function		1 wk: Small 1 or 3 mo: No difference	Low (4 RCTs)
Heat plus exercise vs. exercise alone			
Pain		Small	Low (1 RCT)
Function		Small	Low (1 RCT)

QASEEM, Amir, et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 2017, vol. 166, no 7, p. 514-530.

Tratamiento Lumbago Crónico

Appendix Table 2. Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments for Chronic Low Back Pain

Intervention	Outcome	Magnitude of Effect	Strength of Evidence (Studies)
Pharmacologic treatments vs. placebo			
Tetrazepam	Pain	Lower likelihood of failure to improve	Low (2 RCTs)
	Overall improvement	Lower likelihood of failure to improve	Low (2 RCTs)
TCA	Pain	No effect	Moderate (4 RCTs)
Antidepressants	Function	No effect	Low (2 RCTs)
SSRI	Pain	No effect	Moderate (3 RCTs)
Duloxetine	Pain	Small	Moderate (3 RCTs)
	Function	Small	Moderate (3 RCTs)

Tratamiento Lumbago Crónico

Nonpharmacologic treatments vs. sham, no treatment, or usual care

Multidisciplinary rehabilitation vs. usual care

Pain	Short-term: Moderate Long-term: Small	Moderate (9 RCTs)
Disability	Small	Moderate (9 RCTs)
Return to work	No effect	Moderate (7 RCTs)

Multidisciplinary rehabilitation vs. no multidisciplinary rehabilitation

Pain	Moderate	Low (3 RCTs)
Disability	Small	Low (3 RCTs)

Acupuncture vs. sham acupuncture

Pain	Moderate	Low (9 RCTs)
Function	No effect	Low (9 RCTs)

Acupuncture vs. no acupuncture

Pain	Moderate	Moderate (4 RCTs)
Function	Moderate	Moderate (3 RCTs)

Tratamiento Lumbago Crónico

Appendix Table 2–Continued

Intervention	Outcome	Magnitude of Effect	Strength of Evidence (Studies)
Yoga vs. usual care			
Pain		Moderate	Low (1 RCT)
Function		Moderate	Low (1 RCT)
Yoga vs. education			
Pain		Short-term: Small Long-term: No difference	Low (5 RCTs)
Function		Small	Low (5 RCTs)
Mindfulness-based stress reduction vs. usual care			
Pain		Improved	Moderate (3 RCTs)
Function		Improved	Moderate (3 RCTs)
Progressive relaxation vs. wait-list control			
Pain		Moderate	Low (3 RCTs)
Function		Moderate	Low (3 RCTs)

QASEEM, Amir, et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 2017, vol. 166, no 7, p. 514-530.

Tratamiento Lumbago Crónico

Comparative benefits of pharmacologic and nonpharmacologic treatments

Massage vs. usual care Pain	No effect	Low (1 RCT)
Spinal manipulation vs. sham treatment Pain	No effect	Low (4 RCTs)
Spinal manipulation vs. inert treatment Pain	Small	Low (7 RCTs)
Ultrasound vs. sham ultrasound Pain	No effect	Low (5 RCTs)
Ultrasound vs. no ultrasound Pain	No effect	Low (5 RCTs)
Function	No effect	Low (5 RCTs)
TENS vs. sham treatment Pain	No effect	Low (4 RCTs)
Disability	No effect	Low (2 RCTs)
LLLT vs. sham laser Pain	Small	Low (3 RCTs)
Function	Small	Low (1 RCT)
Kinesio taping vs. sham taping Function	No effect	Low (2 RCTs)

LLLT = low-level laser therapy

Tratamiento Lumbago Crónico

Appendix Table 2–Continued

Intervention	Outcome	Magnitude of Effect	Strength of Evidence (Studies)
Exercise vs. exercise			
Pain		No difference	Moderate (>20 RCTs)
Function		No difference	Moderate (>20 RCTs)
Pilates vs. usual care + physical activity			
Pain		Small to no effect	Low (7 RCTs)
Function		No effect	Low (7 RCTs)
Pilates vs. other exercise			
Pain		No difference	Low (3 RCTs)
Function		No difference	Low (3 RCTs)
Tai chi vs. other exercise			
Pain		Moderate	Low (1 RCT)
Yoga vs. exercise			
Pain		Small	Low (5 RCTs)

Conclusiones

- Recordar el principio medico
“lo primero es no hacer daño”.
- El conocimiento en el enfoque
diagnóstico y terapéutico del dolor
lumbar es básico en todas las áreas.
- Disponemos de guías y herramientas
virtuales que nos permiten abordar el
dolor lumbar mas fácilmente.