

## **PROCESO ASISTENCIAL DE LUMBALGIA Y/ O RADICULOPATIA DE EEII**

### **Gerencia Regional de Salud Dirección General de Asistencia Sanitaria**

#### Autores:

- GARCÍA DE LA FUENTE, JOSÉ LUCIO. Médico de familia GAP Burgos.
- GÓMEZ AHUMADA, JOSÉ. Médico especialista en rehabilitación. Burgos.
- GUTIÉRREZ PARDO, M<sup>a</sup> AGUSTINA. Fisioterapeuta de AP. GAP Burgos
- PÉREZ SASTRE, FERNANDO. Médico de familia GAP Burgos.
- BARROS ZARZUELA, MIGUEL ÁNGEL. Enfermero de AP. GAP Burgos.
- FERNANDEZ PASCUAL, LUCIA. Médico especialista en Medicina Preventiva. GAP Burgos.
- CORRAL VILLAR LOURDES. Médico de familia GAP Burgos.
- SOBRÓN MARDONES, CONSUELO. Fisioterapeuta. Burgos

#### Revisores:

- HÉCTOR JOSÉ AGUADO HERNÁNDEZ. Médico especialista en traumatología. Grupo técnico central. DTAP
- M<sup>a</sup> CARMEN GARCÍA CASAS. Médico de familia. Grupo técnico central. DTAP
- ALEJANDRA GARCIA ORTIZ. Farmacéutica. D.T.Farmacia
- JOSÉ ÁNGEL MADERUELO FERNÁNDEZ. Médico especialista en Medicina Preventiva. Grupo técnico central. DTAP

Fecha Elaboración: Diciembre de 2010. Revisión: marzo 2011  
Validación: junio de 2011.

## ÍNDICE

- 1) JUSTIFICACIÓN, PREVALENCIA Y PRONÓSTICO
- 2) OBJETIVO
- 3) POBLACIÓN DIANA.
- 4) CRITERIOS DE INCLUSIÓN
- 5) ACTIVIDADES – CRITERIOS DE CALIDAD:
  - a) Anamnesis
  - b) Exploración
  - c) Diagnóstico
  - d) Plan terapéutico
  - e) Seguimiento. Reevaluación.
  - f) Derivación - Criterios
  - g) Prevención de cronificación o nuevos episodios
- 6) CRITERIOS DE INTERCONSULTAS
- 7) BIBLIOGRAFÍA Y GUÍAS DE REFERENCIA
- 8) ORGANIZACIÓN
- 9) RESPONSABLES
  - a) Coordinadores del proceso
  - b) Participantes en el proceso
- 10) ADECUACIONES ORGANIZATIVAS
- 11) PROCESOS DE SOPORTE RELACIONADOS
- 12) EVALUACIÓN. INDICADORES
- 13) FLUJOGRAMA
- 14) ANEXOS
  1. MANUAL DE LA ESPALDA
    - a. INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE
    - b. CONSEJOS PARA EL PACIENTE CON LUMBALGIA
    - c. EJERCICIOS DE DESCARGA
  
  2. RESUMEN DE RECOMENDACIONES DE LA GPC

### Justificación

- **Elevada prevalencia:** Se estima que un **60-80%** de las personas sufrirán en algún momento de su vida un episodio de dolor lumbar y la mitad de ellos sufrirán más de un episodio.
- **Variabilidad clínica** en la valoración y tratamiento. Insuficiente seguimiento de las recomendaciones de las Guías Clínicas.
- Motivo de un alto número de pruebas diagnóstica de imagen no indicadas.  
*(La dosis de irradiación de una radiografía lumbar equivale a 65 placas de tórax)*
- Causa frecuente de invalidez temporal.
- Elevado coste económico: pruebas, tratamiento y periodos largos de IT.
- Irregular respuesta al tratamiento.
- Genera y sufre importantes demoras cuando requieren atención a nivel especializado.
- Falta de intervenciones para la prevención de la lumbalgia o de repetición de un episodio.

### Prevalencia

En el 85% de los casos no se identifica la causa subyacente.

En el 4% se debe a una fractura compresiva y menos de 1% a un tumor.

La prevalencia de la hernia discal es de aproximadamente de 1 a\_ 3%.

La espondilitis anquilosante es menos frecuente.

### Pronostico

El dolor agudo es en general autolimitado.

El 90% de los casos se resuelven en menos de 6 semanas.

Entre un 2% a un 7% desarrollan dolor crónico

### Objetivo

- Prestar una atención adecuada a los **pacientes que presentan un episodio de lumbalgia y/odolor radicular irradiado a EEII**, de acuerdo con la evidencia clínica y las recomendaciones actuales y mediante una **atención integral** (*aspectos físicos y psicológicos*), **continuada** (*seguimiento, reevaluación*) e **interdisciplinar** (*Atención Primaria- Atención Especializada*).
- Derivación temprana en el caso de los pacientes que presentan signos de alerta.
- Alivio del dolor y recuperación de la capacidad funcional.
- **Prevención** de la aparición de nuevos episodios o su evolución a lumbalgia crónica.

### Población diana

Paciente mayor de 14 años que acude a una consulta de atención primaria por dolor en la zona lumbar y/o dolor radicular en uno o ambos miembros inferiores.

### Criterios de inclusión

Presencia de dolor en la zona lumbar con o sin irradiación, o sólo dolor radicular en EEII no atribuible a un traumatismo reciente, y en el que no se observan síntomas ni signos que hagan sospechar, como causa, una patología subyacente como infección, tumor, enfermedad reumática, osteoporosis

Actuaciones			
Actividades	Responsable	Criterios de calidad	GR
<b>1ª CONSULTA</b>			
<b>A) ANAMNESIS</b>			
MOTIVO DE CONSULTA		Paciente que consulta por dolor en región lumbar o radicular en EEII	
<b>Valoración del DOLOR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Localización</b></li> <li>○ <b>Irradiación</b></li> </ul>	Médico Familia	Interrogar al paciente por: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la <b>localización</b> del dolor (lumbar, lumbosacra, o sólo en EEII...)</li> <li>○ y si existe o no <b>irradiación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>proximal:</b> a glúteo, muslo (<b>dolor referido</b>) o</li> <li>• <b>distal:</b> a EEII. generalmente superando la rodilla o hasta el pie (<b>dolor irradiado</b>)</li> </ul> </li> </ul>	√
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Intensidad</b></li> </ul>	Médico Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Valorar la intensidad del dolor utilizando una escala visual analógica (EVA), con una puntuación de 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor insoportable), lo que permitirá estimar de forma objetiva las variaciones posteriores.</li> </ul>	√
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Tiempo de evolución</b></li> </ul>	Médico Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Calcular el tiempo de evolución del dolor con las características actuales y catalogar el proceso como:               <ul style="list-style-type: none"> <li>_ <b>Agudo:</b> menos de 4 semanas.</li> <li>_ <b>Subagudo:</b> de 4 a 12 semanas</li> <li>_ <b>Crónico:</b> más de 12 semanas.</li> </ul> </li> </ul>	<b>A</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Tipo de dolor</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Mecánico</b></li> <li>➤ <b>Inflamatorio</b></li> </ul> </li> </ul>	Médico Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Valorar las características del dolor para su clasificación como:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dolor <b>mecánico</b> (influido por la postura y el movimiento que se calma con el reposo)</li> <li>▪ de tipo <b>inflamatorio</b> (continuado, incluso en reposo con exacerbación nocturna) _ <b>"Señal de Alerta "</b></li> </ul> </li> </ul>	<b>A</b>
<b>Factores de riesgo</b>  <i>"Los factores psicosociales de mal pronóstico funcional influyen en la cronificación y en el grado de incapacidad" (A)</i>	Médico Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Valorar la <b>actividad laboral</b> (si realiza grandes esfuerzos, movimientos de flexión repetitivos....)</li> <li>○ <b>Factores psicosociales:</b> ansiedad, depresión, estrés en el trabajo.</li> <li>○ <b>Episodios anteriores de lumbalgia</b></li> </ul>	<b>B</b>  <b>A</b>

<p><b><u>"SEÑALES DE ALERTA"</u></b></p>	<p>Médico Familia</p>	<p><b>IMPORTANTE</b>          Investigar <b>siempre</b> la presencia de "señales de alerta"  <b>- De sospecha de enfermedad sistémica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Edad 1er episodio &lt;20 o &gt; 55 años</li> <li>○ Dolor <b>de ritmo inflamatorio</b> (presentación nocturna, sin relación con el movimiento, rigidez matutina o tras el reposo)</li> <li>○ <b>Síntomas constitucionales</b> (fiebre, pérdida de peso, malestar)</li> <li>○ Dolor <b>exclusivamente dorsal</b>. Imposibilidad de flexión 5 grados, deformación estructural de aparición reciente.</li> <li>○ <b>Antecedente traumático</b> previo</li> <li>○ <b>Antecedente de cáncer</b> o inmunodeficiencia</li> <li>○ Consumo prolongado de <b>corticoides</b></li> <li>○ Uso de <b>drogas por vía parenteral</b></li> </ul> <p><b>- O para derivación urgente al Hospital</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Incontinencia de esfínteres o anestesia en silla de montar</b>-(derivación inmediata a urgencias)</li> <li>○ <b>Déficit neurológico significativo o progresivo</b> en extremidad inferior.</li> </ul> <p><b>- O para derivación a Rehabilitación</b> (posible indicación quirúrgica):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dolor que aparece sólo en la deambulación y la limita y requiere flexión o sedestación para aliviarlo (<b>sospecha de estenosis de canal sintomática</b>)</li> </ul>	<p><b>A</b></p>
<p><b>Derivación</b>          en el caso de detectar Señales de Alerta</p>	<p>Médico Familia</p>	<p><b>Ante la presencia de Signos de Alerta, derivación a Atención Especializada (especialidad según sospecha) o a Urgencias Hospitalarias</b></p> <p><b>SALIDA DEL PROCESO</b></p>	
<b>A) EXPLORACIÓN</b>			
<p><b>Inspección</b></p>	<p>Médico Familia</p>	<p>Descartar lesiones por herpes zoster. Valorar deformidades, postura antiálgica</p>	<p>✓</p>
<p><b>Exploración de la movilidad</b></p>	<p>Médico Familia</p>	<p>Exploración de la limitación dolorosa de la movilidad en la flexión lateral y antero-posterior de la columna</p>	<p>✓</p>
<p><b>Palpación</b></p>	<p>Médico Familia</p>	<p>Valorar la contractura muscular y confirmar la localización del dolor. Buscar "puntos dolorosos"</p>	<p>✓</p>

<p><b>Exploración de la afectación radicular:</b></p> <p><i>Aunque los estudios disponibles no permiten establecer la validez diagnóstica de la maniobra de Lassègue (A), se recomienda su utilización ante presencia de irradiación (B)</i></p>	<p>Médico Familia</p>	<p><b>Si presenta dolor con irradiación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Lassègue</b> (&lt;30-60º) con irradiación del dolor siguiendo la metámera L4 o L5 ciática. (S del 91% y E del 26%).</li> <li>○ <b>Bragard</b> desde el ángulo en que Lassègue es positivo, descender 5º y realizar una flexión dorsal del tobillo. Si provoca dolor apoya el diagnóstico de compromiso radicular.</li> <li>○ <b>Lassègue contralateral</b> (S21% E94%).</li> <li>○ <b>Lassègue invertido</b> para investigar afectación de las raíces L2, L3 o L4 (cruralgia).</li> </ul>	<p><b>B</b></p>
<p><b>Exploración de</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Reflejos,</b></li> <li>○ <b>Fuerza y</b></li> <li>○ <b>Sensibilidad</b></li> </ul>	<p>Médico Familia</p>	<p>Si presenta signos de afectación radicular (<b>Lassègue +</b>), explorar un posible déficit neurológico en EEII:</p> <p><b>Reflejos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>rotuliano</b> alterado por afectación de raíz L4 y</li> <li>○ <b>aquileo</b> por afectación de la raíz S1</li> </ul> <p><b>Fuerza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dificultad:           <ul style="list-style-type: none"> <li>_ en la <b>marcha de talones</b> por afectación de <b>raíz L5</b></li> <li>_ en la <b>marcha de puntillas</b> en afectación de <b>raíz S1</b></li> </ul> </li> <li>○ Disminución de la fuerza en la flexión dorsal del dedo <b>gordo del pie (L4) o resto de dedos (L5)</b>. Disminución de fuerza en la <b>flexión plantar del pie (S1)</b></li> </ul> <p><b>Sensibilidad:</b></p> <p>Superficial (táctil, térmica, dolorosa) y profunda (vibratoria y de posición), en <b>maleolo medial (L4), dorso del pie (L5) y maleolo lateral (S1)</b></p>	
<p><b>Pruebas diagnósticas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>_ de imagen</b></li> </ul> <p>“No se recomienda la realización de pruebas de imagen (RX, RMN) en pacientes con dolor lumbar agudo sin señales de alerta” <b>(A)</b></p> <p>“Mala correlación entre la imagen y los síntomas” Su utilización no mejora el tratamiento ni disminuye el número de visitas” <b>(A)</b></p>	<p>Médico Familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inicialmente, <b>en la fase aguda, no se pedirán</b>, de rutina, pruebas de imagen (Rx, RMN...), <b>excepto si se detectan Señales de Alerta.</b></li> <li>○ En pacientes con señales de alerta o si existe sospecha de fractura por cualquier causa, o infección, se solicitará una Radiografía en proyección AP y Lat.</li> <li>○ La RMN debe reservarse para su utilización en AE para valoración quirúrgica o en pacientes en los que se sospecha infección o cáncer</li> </ul>	<p><b>A</b></p>
<p><b>Analítica</b></p>	<p>Médico Familia y Enfermera</p>	<p>Si se sospecha un posible componente inflamatorio se pedirá una <b>Analítica</b> incluyendo <b>VS</b></p>	

C) DIAGNÓSTICO			
<b>Diagnóstico y Clasificación</b>	Médico Familia	<p>Se establece el <b>Diagnóstico y Clasificación</b> según presencia o no de "señales de alerta" y datos de la exploración, como:</p> <p>a) <b>Posible enfermedad sistémica</b> _ Derivación a At. Especializada según sospecha y <b>salida del proceso.</b></p> <p>b) <b>Comprensión radicular con déficit neurológico</b> _ Derivación a Rehabilitación <b>y salida del proceso.</b></p> <p>c) <b>Lumbalgia inespecífica (con o sin irradiación)</b> _ continuación según proceso</p>	
	D) PLAN TERAPEUTICO		
<b>TTO NO FARMACOLÓGICO</b>	Médico Familia y Enfermera	<p>El tratamiento se iniciará siempre con Información clara y positiva sobre:</p> <p>_ el carácter benigno de este proceso</p> <p>_ evitar el reposo en cama</p> <p>_ efecto demostradamente positivo de mantener el mayor grado de actividad que el dolor le permita.</p>	C A A
	<p><i>El reposo en cama aumenta la intensidad y duración del dolor, el grado de incapacidad funcional, la duración de la baja laboral y el riesgo de cronificación" (GR A)</i></p> <p><i>"Mantener el mayor grado de actividad posible mejora el dolor y el grado de incapacidad y acorta el periodo de baja laboral" (GR A)</i></p>		
	Médico Familia y Enfermera	<p>➤ Se le indicará <b>posturas de descarga</b> para aliviar la sensación de dolor. Recomendaciones sobre utilización de <b>calor local.</b></p> <p>➤ Se aconsejará que tras 1-2 semanas, iniciar la realización continuada de <b>ejercicio físico</b> de acuerdo a las posibilidades Y preferencias del paciente. Proponer por ejemplo "caminar durante 30´ a 1 hora diaria o días alternos"</p> <p>Ver Anexo: "Recomendaciones para el paciente".</p>	<b>B</b>



<p><b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Paracetamol</b></li> <li>➤ <b>AINES</b></li> <li>➤ <b>Relajantes Musculares</b></li> </ul>	<p>Médico Familia</p>	<p>Se prescribirá un <b>tratamiento analgésico PAUTADO</b> y de acuerdo a la intensidad del dolor siguiendo la escala analgésica: y a <b>DOSIS EFECTIVAS</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ 1ª elección: <b>Paracetamol vo 650-1000 mg cada 6 h.</b></li> <li>_ 2ª elección: <b>AINES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Ibuprofeno vo 400-600 mg cada 6.8 h.</b></li> <li>○ <b>Diclofenaco vo 50 mg cada 8-12 h</b></li> </ul> </li> </ul>	<b>A</b>
		<p><b>En función de la intensidad del dolor</b> se valorará la conveniencia (valoración individual del beneficio-riesgo) de añadir <b>como tratamiento coadyuvante un relajante muscular pautado</b> durante un <b>máximo de una semana</b></p> <p><u>Miorrelajantes <b>no</b> benzodiazepínicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Metocarbamol vo 1g/6h (max 9 g/día)</b></li> </ul> <p><u>Miorrelajantes benzodiazepínicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Diazepam vo 5 mg /12-24 h</b></li> <li>○ <b>Tetrazepam vo 25-50 mg/24 h (max 100 mg//día)</b></li> </ul>	<b>D</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existe evidencia de que los miorrelajantes <b>no</b> benzodiazepínicos son efectivos en <b>L. aguda</b></li> <li>▪ Los miorrelajantes son efectivos, más por su efecto analgésico que relajante (<b>A</b>), <b>para el alivio del dolor a corto plazo</b>, aunque <b>la recuperación del estado funcional previo puede ser más lenta.</b></li> <li>▪ Los <b>efectos adversos</b> sobre el SNC (somnolencia, mareos...) son sensiblemente altos.</li> </ul>	<b>A</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No hay evidencia de la eficacia sobre el uso de corticoides sistémicos en el tratamiento de la lumbalgia.</li> </ul>	<b>B</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No hay evidencia de la eficacia de la vitamina B,</li> <li>▪ Ni de mayor eficacia de la administración vía inyectable del tratamiento.</li> </ul>	<b>A</b>

<b>GESTIÓN DE IT</b>	Médico Familia	<p>- En función de la limitación funcional y características de la actividad laboral del paciente se valorará la necesidad de un <b>tiempo limitado de IT recordando el beneficio de la reincorporación lo antes posible a su actividad habitual</b> para evitar la cronificación y favorecer la recuperación funcional.</p> <p>-</p> <p>“Se recomienda en pacientes con dolor lumbar agudo, subagudo o crónico continuar con las actividades de la vida diaria incluyendo la incorporación al trabajo siempre que el dolor lo permita”</p>	<b>A</b>
<b>CONCERTAR CITA PARA SEGUIMIENTO</b>	Médico Familia Administrativo	Se fijará una nueva consulta de seguimiento en un periodo de <b>10-15 días</b> , como <b>máximo de 4 semanas</b> , para valorar su evolución y evitar los riesgos de cronificación	
<b>2ª CONSULTA</b>			
<b>REEVALUACIÓN</b>			
<b>SI EL DOLOR HA REMITIDO,</b>			
<b>PREVENCIÓN DE NUEVOS EPISODIOS</b>	Fisioterapeuta.	<p><b>_Recomendar siempre ejercicio físico de mantenimiento,</b> por ejemplo caminar diariamente o días alternos u otra actividad según preferencias del paciente.</p> <p>_Valorar el envío a la <b>Escuela de la Espalda (Unidad de Fisioterapia de AP)</b> para <b>prevención</b> de nuevos episodios.</p>	<b>A</b>
	<p>En la lumbalgia <b>subaguda o crónica</b> se recomienda la realización de ejercicio físico. El ejercicio puede ser la base fundamental de tratamiento. (A)</p> <p>Cualquier actividad física es beneficiosa no existiendo consenso sobre la más eficaz.</p>		<b>A</b>

<b>SI PERSISTE EL DOLOR</b>			
<b>REEVALUAR SÍNTOMAS</b>	Médico Familia	<p>Si persiste el dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reevaluar de nuevo la localización, irradiación, intensidad (EVA) y características del dolor.</li> </ul> <p>Reevaluar de forma rigurosa la posible presencia de "señales de alerta" o de factores de riesgo psicosocial y tomar decisiones en función del resultado</p> <p>Si el periodo de dolor es superior a 4 semanas catalogarlo de subagudo con una llamada de alerta ante una posible cronificación</p>	✓
<b>VALORACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES DE MAL PRONOSTICO FUNCIONAL</b>	Médico Familia	<p>Investigar la presencia de <b>factores de riesgo psicosociales</b> (ansiedad, depresión, <b>estrés en el trabajo</b>, excesiva preocupación), lo que supone un elevado riesgo de cronificación.</p> <p>Investigar la <b>percepción</b> que tiene el paciente de su proceso, creencias erróneas, miedos, inhibición del movimiento.</p>	<b>A</b>
<b>REVISIÓN y MODIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO</b>	Médico Familia	<p>Si se mantiene el <b>dolor intenso de tipo mecánico</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reforzar la <b>información positiva</b>, y la recomendación de mantener el <b>mayor grado de actividad posible</b>.</li> <li>❖ Revisar tratamiento analgésico anteriormente pautado.</li> <li>❖ <b>Asegurarse del cumplimiento correcto</b> y en caso de incumplimiento valorar causas como mala tolerancia.</li> </ul>	<b>A</b>
		<p>Ascendiendo en la escala analgésica, valorar la <b>asociación de un opioide</b> :</p> <p style="text-align: center;">o <b>TRAMADOL</b> vo 50-100mg/6-8 h.</p>	<b>D</b>
		<p>Si se detectan factores de riesgo psico-social valorar el inicio de <b>tratamiento con un antidepresivo tricíclico</b>:</p> <p style="text-align: center;">o AMITRIPTILINA vo 50-150 mg/día</p>	<b>B</b>

<b>VALORAR DERIVACIÓN</b>	Médico Familia	<p>En función de los síntomas y la evolución se valorará la necesidad de derivación.</p> <p><u>Con dolor sin irradiación:</u>          _ <b>Derivación a Fisioterapia</b> para tratamiento específico y adiestramiento en ejercicios de descarga.</p> <p><u>Si existe afectación radicular:</u>          _ <b>Derivación a REHABILITACIÓN</b> para completar diagnóstico y continuación del tratamiento.          _ En el caso de una posible indicación quirúrgica desde este Servicio se gestionará la derivación al Servicio de <b>Neurocirugía</b></p>	✓
<b>SOLICITUD DE INTERCONSULTA</b>	Médico Familia Administrativo	Gestión de la Hoja de Interconsulta con la Unidad de Fisioterapia o Servicio de Rehabilitación según criterios.	
<b>PREVENCIÓN DE CRONIFICACIÓN DE NUEVOS EPISODIOS</b>			
<b>RESOLUCIÓN DEL PROCESO Y PREVENCIÓN DE RECIDIVAS</b>	Médico Familia	Si el <b>dolor remite</b> , valorar siempre la conveniencia de que el paciente asista a la " <b>Escuela de la Espalda</b> " para la prevención de nuevos episodios.	
<b>NUEVA CITA CONCERTADA</b>	Médico Familia Fisioterapeuta.	Si el proceso se mantiene <b>abierto</b> , se fijará una nueva consulta de seguimiento en un <b>periodo máximo de otras 4-6 semanas</b> para valorar su evolución y <b>evitar la cronificación</b> .	
<b>LUMBALGIA CRÓNICA</b>			
<b>NUEVAS CONSULTAS DE REVISIÓN</b>			
<b>ALERTA POR CRONIFICACIÓN.</b>	Médico Familia	Si el dolor persiste más de <b>12 semanas</b> , considerar que entra en la <b>fase crónica</b> con mayor dificultad de recuperación, y con un tratamiento distinto a las fases anteriores.	
<b>REEVALUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO.</b>	Médico Familia	<b>Si persiste el dolor</b> , REEVALUAR o los síntomas, afectación neurológica. o factores de psicosociales de mal pronóstico, o nivel de actividad física, o seguimiento de las recomendaciones y o <b>cumplimiento del tratamiento</b> . o Informe de Fisioterapia o Rehabilitación	
<b>REEVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO.</b>	Médico Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Reforzar mensaje positivo, ejercicios específicos, recomendación de mantener la mayor nivel de actividad posible,</li> <li>✚ Valorar opción a otros tratamientos: Corticoides epidurales. Gabapentina, manipulación espinal... .</li> <li>✚ Valorar derivación a <b>Unidad de Dolor</b></li> </ul>	

Criterios de interconsulta		
<b>DERIVACIÓN A FISIOTERAPIA</b>	Médico Familia Fisioterapeuta	Si <b>no</b> existen signos de afectación radicular y persiste el dolor <b>después de al menos 4 semanas de tratamiento</b> , valorar la <b>derivación para tratamiento a la Unidad de Fisioterapia</b>
<b>DERIVACIÓN A REHABILITACIÓN</b>	Médico Familia RHB	Si existen <b>signos de afectación radicular</b> y persiste el dolor después de al menos <b>4 semanas de tratamiento</b> correcto, valorar la <b>derivación a Rehabilitación</b> para completar el diagnóstico y/o para tratamiento. (Se considera la derivación al Servicio de Rehabilitación, y no a otros Servicios, como la organización más adecuada ya que el tratamiento fundamental de este proceso se basa en técnicas de rehabilitación.)
<b>DERIVACIÓN A OTRAS ESPECIALIDADES</b>	Médico Familia Atención especializada	Siempre que se detecten " <b>señales de alerta</b> " de sospecha de enfermedad sistémica se derivará de forma inmediata a Atención <b>Especializada (Medicina Interna, Reumatología...)</b> <b>SALIDA DEL PROCESO</b>
<b>DERIVACIÓN AL SERVICIO DE URGENCIAS</b>	Médico Familia Atención especializada	Si se detectan " <b>señales de alerta</b> " que <b>requieren actuación urgente como el déficit neurológico significativo, incontinencia de esfínteres</b> . Ante la <b>sospecha de causas graves</b> que cursan con dolor lumbar pero que requieren un diagnóstico y tratamiento urgente como la rotura de aneurisma de aorta abdominal.

## Referencias

### BIBLIOGRAFÍA

-Grupo Español de Trabajo del Programa Europeo COST B13. **Guía de Práctica Clínica para la Lumbalgia Inespecífica**. URL [www.REIDE.org](http://www.REIDE.org)

\_ Perez Irazusta I, Alcorta Michelena I, Aguirre Lejarcegui G, Aristegi Racero G, Caso Martinez J, Esquisabel Martinez R, et al. **Guía de práctica clínica sobre lumbalgia Osakidetza**. GPC 2007/1. Vitoria-Gasteiz; 2007.

\_ Bordas JM, Forcada J, García JA, Joaniquet X, Pellisé F, Mazerés O, et al. Patología de la columna lumbar en l'adult. **Guia de pràctica clínica i material docent**. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2004. Disponible en: <http://www.portalics/guiescliniques/lumbalgies/lumbalgies.htm>

\_ Humbria A, Carmona L, Peña JL, Ortiz AM. **En representación del grupo EPISER Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER**. Rev Esp Reumatol 2002; 29:471-8

\_ Palomino, B., Jiménez L, Ferrero A.- **"El dolor lumbar en el año 2009"**. Rehabilitación (Madr) 2010; 44 (1): 69-81

\_ Bordas JM, Forcada J; **"...el dolor de espalda ¿tiene una lumbociática"** AMF 2009;5 (11):635-638

\_ Forcada J, Moreno F; **"Ciática"** AMF 2006;2 (10):583-587

\_ Tulder MW van, Tournay T, Burlan AD, Solway S, Bouter LM. Miorrelajantes para el tratamiento del dolor lumbar inespecífico (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008 Número2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://.update-software.com>

\_ Bori Segura G, et al. Uso apropiado de los antiinflamatorios no esteroideos en reumatología: documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. *Reumatol Clin*, 2009;5(1):3-12

\_ Van Tulder MW, Scholten RJPM, Koes BW, Deyo RA. **Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos para el dolor en la espalda baja**. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: 2000; Update Software.

\_ López Vantour A, Aroche Arzuaga A, Bestard Romero J, **Uso y abuso de la benzodiacepinas**. Medisan 2010; 14(4)555-566

**Organización**  
**Responsables/Coordinadores del proceso**

- A nivel de AP: médico de familia, responsable del proceso
- A nivel de Fisioterapia de AP: Fisioterapeuta responsable del proceso.
- A nivel de Atención Especializada: médico rehabilitador del Servicio o de Rehabilitación de A.E.

**Participantes en el proceso**

- Médico de Atención Primaria
- Enfermera de Atención Primaria
- Fisioterapeuta de Atención Primaria
- Médico Rehabilitador
- Fisioterapeuta de Atención Especializada

**Adecuaciones organizativas**

- Circuito de derivación a Fisioterapia o Rehabilitación
- Documentos de apoyo e información al paciente, disponibles en consulta o en ordenador
- Gestión de consultas concertadas

**Procesos de soporte relacionados**

- Unidad Administrativa del Centro de Salud:
  - Citación para Consultas de AP
  - Gestión de interconsulta con Atención Especializada
- Pruebas Diagnósticas: Analítica, Radiografía.
- Formación: Guía de Práctica Clínica, Sesión/taller con Fisioterapeuta
- Comisión de calidad del Centro: Evaluación del proceso

Evaluación	
INDICADORES DE PREVALENCIA	
Indicador 1	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de lumbalgia
Fórmula	Numerador: pacientes diagnosticados de lumbalgia *100/ Denominador: total población TSI asignada
Fuente de información	HCE; CIE- 9 724.2
Periodicidad	Anual
Responsable	
Estándar de calidad de referencia	
INDICADORES DE PROCESOS	
Indicador 2	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de radiculopatía de EEII
Fórmula	Numerador: pacientes diagnosticados de radiculopatía de EEII *100/ Denominador: total población TSI asignada
Fuente de información	HCE ;CIE- 9 ,724.3
Periodicidad	Anual
Responsable	
Estándar de calidad de referencia	
Indicador 3	Porcentaje de Pacientes con proceso clínico de Lumbalgia en los que se ha investigado la presencia de <b>"señales de alerta"</b>
Fórmula	Numerado: numero de pacientes con Procesos clínicos de lumbalgia y/ o radiculopatía de EEII con registro de anamnesis sobre "señales de alerta" x 100 / Denominador: numero de pacientes con Procesos Clínicos de Lumbalgia y/ o radiculopatía EEII
Fuente de información	Proceso clínico MEDORA – Registro siguiendo la Guía Asistencial.
Periodicidad	Anual
Responsable	
Estándar de calidad de referencia	90 % de Procesos nuevos de Lumbalgia y / o radiculopatía EEII consta la presencia o ausencia del "señales de alerta"

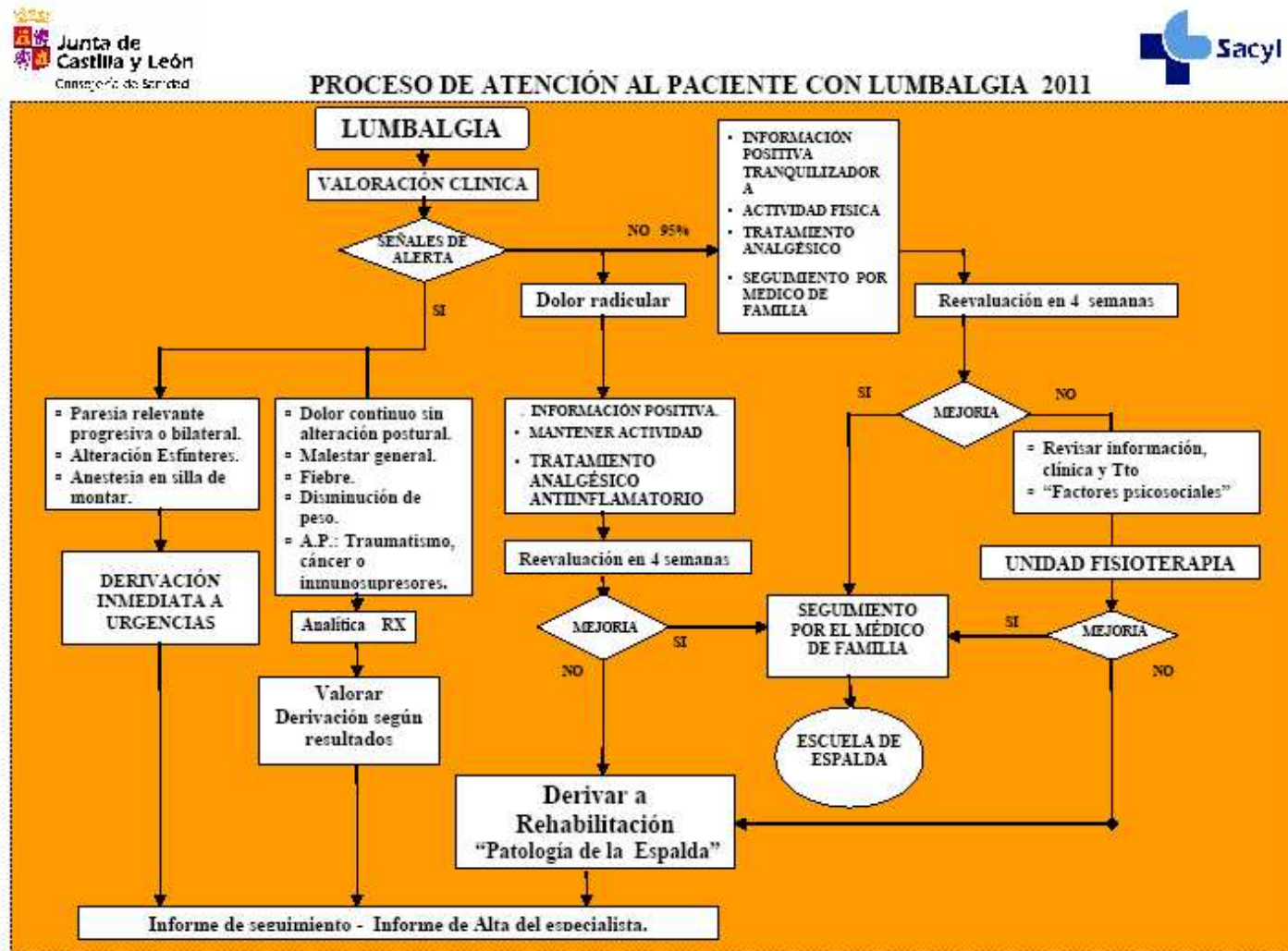


Indicador 4	Porcentaje de pacientes con Procesos clínicos de <b>Lumbalgia con irradiación</b> (Ciática, lumbociática) en los que consta <b>exploración de afectación radicular</b> (Lassègue, Lassègue contralateral )
Fórmula	Numerado: número de pacientes con Procesos clínicos de <b>Lumbalgia con irradiación</b> (Ciática, lumbociática) en los que consta <b>exploración de afectación radicular</b> (Lassègue, Lassègue contralateral) x 100 / Denominador: numero de pacientes con Procesos Clínicos de Lumbalgia con irradiación.
Fuente de información	Proceso clínico MEDORA – Registro siguiendo la Guía Asistencial
Periodicidad	anual
Responsable	
Estándar de calidad de referencia	50% de los pacientes con proceso clínico de lumbalgia con irradiación.
Indicador 5	% de pacientes con lumbalgia y / ó radiculopatía de EEII, sin señales de alerta, a los que se les realiza estudio radiológico: Rx.
Fórmula	Numerador: número de pacientes con procesos clínicos de <b>lumbalgia y/ o radiculopatía de EEII, a los que se les realiza una exploración Rx</b> x 100 / Denominador: numero de pacientes con Procesos Clínicos de Lumbalgia y o radiculopatía de EEII sin síntomas de alarma.
Fuente de información	HCE Proceso clínico MEDORA – Registro siguiendo la Guía Asistencial
Periodicidad	Anual.
Responsable	
Estándar de calidad de referencia	< 20% de pacientes con lumbalgia y / ó radiculopatía de EEII , sin signos de alarma.
Indicador 6	Porcentaje de paciente con proceso clínico de con lumbalgia y / ó radiculopatía de EEII, <b>a los que se le pauta paracetamol como tratamiento analgésico inicial.</b>
Fórmula	Numerador: número de pacientes con procesos clínicos de lumbalgia y/ o radiculopatía de EEII, a los que se les pauta paracetamol como tratamiento inicial x 100 / Denominador: numero de pacientes con Procesos Clínicos de Lumbalgia y o radiculopatía de EEII
Fuente de información	HCE Proceso clínico MEDORA – Registro siguiendo la Guía Asistencial
Periodicidad	Anual
Responsable	
Estándar de calidad de referencia	60% de los procesos nuevos.

Indicador 7	Porcentaje de paciente con proceso clínico de con lumbalgia y / ó radiculopatía de EEII, <b>a los que se le pauta miorrelajante asociado a analgésico, como tratamiento analgésico inicial.</b>
Fórmula	Numerador: número de pacientes con procesos clínicos de lumbalgia y/ o radiculopatía de EEII, a los que se les pauta paracetamol como tratamiento inicial x 100 / Denominador: numero de pacientes con Procesos Clínicos de Lumbalgia y o radiculopatía de EEII
Fuente de información	HCE Proceso clínico MEDORA – Registro siguiendo la Guía Asistencial
Periodicidad	Anual
Responsable	
Estándar de calidad de referencia	< 20% de los procesos nuevos se incluye miorrelajante como tratamiento inicial.
<b>INDICADORES DE RESULTADOS</b>	
Indicador 8	<b>Porcentaje de Pacientes en IT por motivo de un episodio de Lumbalgia y/ ó radiculopatía de EEII</b>
Fórmula	Numerador: Pacientes con IT por motivo de proceso de Lumbalgia y / ó radiculopatía de EEII x 100 / Denominador: pacientes activos con Procesos Clínicos de Lumbalgia y / ó radiculopatía de EEII
Fuente de información	HCE: Proceso clínico MEDORA – Gestión de Bajas Laborales
Periodicidad	Mensual
Responsable	
Estándar de calidad de referencia	
Indicador 9	<b>Duración media de la IT en pacientes con procesos de lumbalgia y / o radiculopatía de EEII</b>
Fórmula	Numerador: Suma de días de IT en pacientes con procesos de lumbalgia y / o radiculopatía de EEII en el año/ Denominador: número de pacientes en IT con procesos de lumbalgia y / o radiculopatía de EEII, en el año/
Fuente de información	HCE: Proceso clínico MEDORA – Gestión de Bajas Laborales
Periodicidad	Anual
Responsable	
Estándar de calidad de referencia	<b>Estándar de calidad de referencia:</b> Según documento de Tiempos Estándar de IT” del INSS, 14 días en Lumbalgia simple, 21 días en Lumbociática

Indicador 10	<b>Pacientes con mejoría significativa en 6 semanas</b>
Fórmula	Numerador: pacientes con proceso clínico de <b>Lumbalgia y/ ó radiculopatía de EEII</b> con alta del proceso en < 6 semanas *100/ Denominador: total de pacientes con proceso clínico de <b>Lumbalgia y/ ó radiculopatía de EEII</b> , en el año
Fuente de información	HCE Proceso clínico MEDORA – Registro siguiendo la Guía Asistencial
Periodicidad	anual
Responsable	
Estándar de calidad de referencia	90%
Indicador 11	Porcentaje de interconsultas por <b>Lumbalgia y/ ó radiculopatía de EEII</b> que cumplen criterios de derivación según el proceso
Fórmula	Numerador: número de pacientes con proceso clínico de <b>Lumbalgia y/ ó radiculopatía de EEII</b> a los que se solicita interconsulta, según criterios de derivación del proceso,*100/ Denominador: total de pacientes con proceso clínico de <b>Lumbalgia y/ ó radiculopatía de EEII</b> , a los que se les solicita interconsulta
Fuente de información	HCE Proceso clínico MEDORA – Registro siguiendo la Guía Asistencial
Periodicidad	anual
Responsable	
Estándar de calidad de referencia	75 cumplen criterios y se derivan a la especialidad adecuada

Diagramas de flujo



## ANEXOS

### ANEXO1

#### MANUAL DE LA ESPALDA

#### INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE (\*)

- ❖ El 80% de las personas sufren en algún momento de su vida un episodio de dolor lumbar y la mitad de ellos sufrirán más de un episodio a lo largo de su vida.  
El 90% de los casos la lumbalgia se resuelven en menos de 6 semanas.
- ❖ La mayoría de los dolores de espalda mejoran rápidamente, al menos lo suficiente como para que se pueda seguir llevando una vida normal.
- ❖ La mayoría de la gente que sufre molestias o dolores de la espalda no tiene ninguna lesión en la columna vertebral. Muy poca gente con molestias en la espalda tiene un disco desplazado (una "hernia discal") o un nervio comprimido. Incluso las molestias causadas por una hernia discal suelen mejorar espontáneamente.
- ❖ El dolor de espalda puede llegar a ser muy intenso, y en algún momento tal vez le obligue a reducir unos días algunas de sus actividades. Desde luego, si el dolor es muy intenso podría resultarle necesario incluso, al principio, tener que reposar uno o dos días en la cama. Pero lo más importante es que vuelva a moverse tan pronto como pueda.
- ❖ Entre las personas que padecen molestias o dolores de espalda por primera vez, aproximadamente la mitad vuelve a sentirlos a lo largo de los años. Eso no significa que sean graves. Entre una y otra crisis dolorosa la mayoría de la gente lleva una vida normal y realiza sus actividades cotidianas sin problemas, o con molestias muy leves.
- ❖ Incluso cuando nota alguna molestia en la espalda, puede empezar a hacer algunas actividades. Algunas de las actividades más fáciles para empezar son andar, nadar o hacer ejercicios suaves.
- ❖ No piense en el reposo en cama como un tratamiento. Demasiado reposo es perjudicial para su espalda. Cuanto más rápidamente vuelva a estar activo, antes se recuperará.
- ❖ Cuanto antes normalice sus actividades y vuelva al trabajo - aunque todavía note algún dolor y algunas limitaciones-, mejor.

**Importante**

- Evitar el reposo en cama
- Mantenerse activo

(\*Extracto del "MANUAL DE LA ESPALDA" de la Fundación KOVACS.)

## **CONSEJOS PARA EL PACIENTE CON LUMBALGIA**

### **➤ BIPEDESTACION**

1. Procure no estar mucho tiempo de pie parado. En caso necesario, adelante un pie y reparta el peso del cuerpo, o eleve uno de los pies 15 cm, alternando entre uno y otro.
2. Para coger algo del suelo, doble las rodillas, no sólo las caderas. Si el objeto es muy pesado, acérquelo bien al cuerpo.
3. Evite elevar objetos por encima de sus hombros. Si fuera necesario utilice un escabel.
4. Use zapatos cómodos con los tacones bajos.
5. Si tiene que desplazar pesos, reparta la carga entre ambos brazos.

### **➤ SEDESTACION**

1. Use sillas suficientemente bajas para que sus pies apoyen en el suelo y sus rodillas estén a la misma altura que las caderas.
2. Apóyese firmemente contra el respaldo de la silla, que preferentemente deberá cubrirle toda la espalda, incluyendo la cabeza.
3. En el automóvil, la inclinación del asiento será de 110º, con reposacabezas. Es conveniente descansar cada hora y media y dar pequeños paseos.

### **➤ TUMBADO**

1. Duerma de costado con las rodillas flexionadas y una almohada entre las rodillas, o boca arriba con una almohada debajo de las rodillas.
2. Evite dormir boca abajo.

### **➤ ACTIVIDAD FÍSICA**

1. Se recomienda actividad física o deportiva moderada, evitando el reposo absoluto.
2. Caminar y nadar a croll y espalda son actividades que le ayudarán a mejorar su

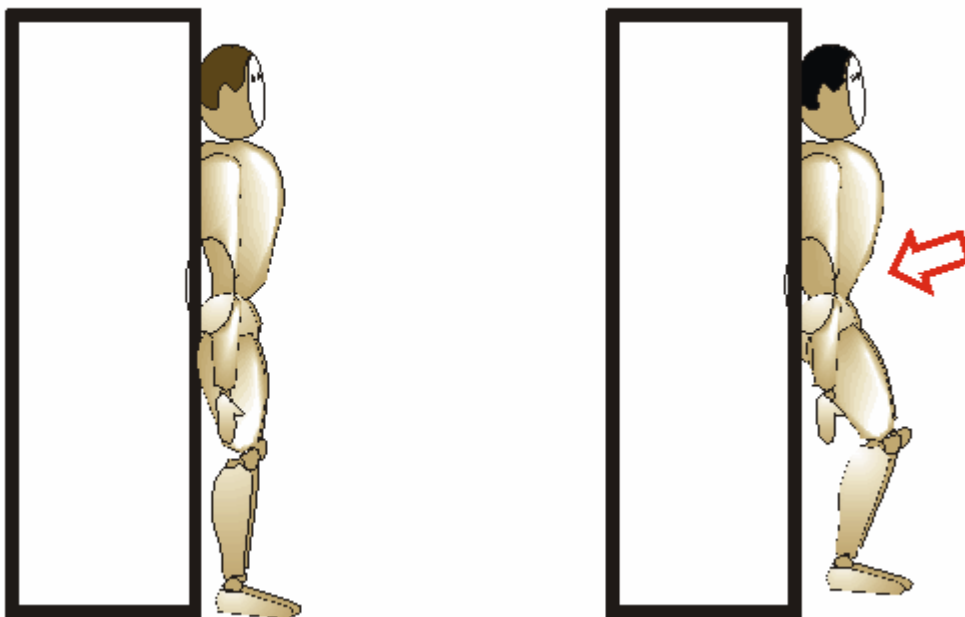
proceso

## EJERCICIOS DE DESCARGA

Apóyese firme contra una pared. Observará que sus nalgas están en contacto con la pared, pero, por encima de ellas, la columna lumbar forma un arco que no la toca.

Desde esa posición de partida, el movimiento que debe hacer consiste en conseguir que su columna lumbar toque la pared. Para eso debe bascular la pelvis, es decir, contraer el vientre (los abdominales).

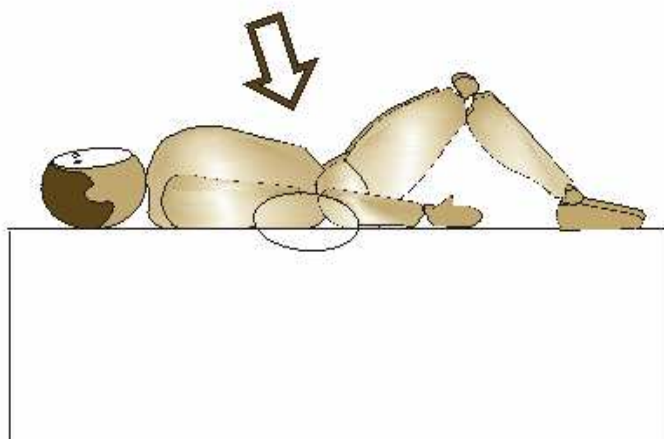
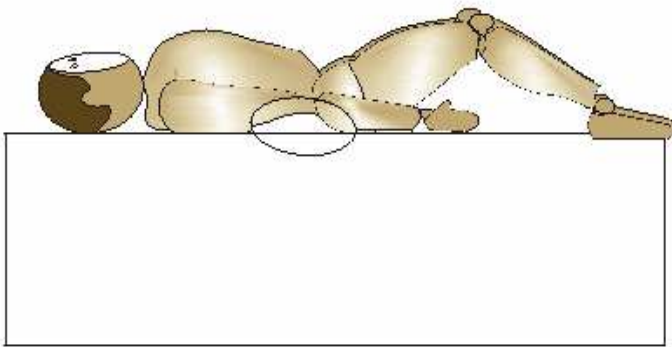
Una vez haya conseguido que la columna lumbar se apoye contra la pared, aguante la posición durante unos 5 segundos. Luego vuelva a la posición de partida y repita el movimiento.



Acuéstese boca arriba ("decúbito supino") con las rodillas flexionadas y las plantas de los pies apoyadas. Observará que la mayor parte de su espalda está apoyada contra el suelo, pero que la zona baja de la espalda (la zona lumbar) forma un arco que no está apoyado.

Desde esa posición de partida, el ejercicio consiste en conseguir que la columna lumbar llegue a tocar el suelo. Para eso debe bascular la pelvis, es decir, contraer el vientre (los abdominales).

Una vez haya conseguido que la columna lumbar se apoye contra el suelo, aguante la posición unos 5 segundos. Luego vuelva a la posición de partida y repita el movimiento hasta terminar la serie.



Grupo Español de Trabajo del Programa Europeo COST B13.  
Fundación Kovacs



## ANEXO 2

### Resumen de recomendaciones de la GPC sobre Lumbalgia

#### Grados de recomendación:

- A:** Al menos un metaanálisis, revisión sistemática de ensayos clínicos o ensayo clínico con bajo riesgo de sesgo.
- B:** Estudios clasificados, con muy bajo riesgo de sesgo directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos.
- C:** Estudios, con mayor riesgo de sesgo, directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos.
- D:** Consenso, comités de expertos, experiencia clínica.

#### Selección de recomendaciones con grado elevado:

- Se recomienda la anamnesis como método de cribado de cáncer causante de dolor lumbar. En caso de anamnesis sugestiva, es preciso confirmar el diagnóstico **(A)**.
- No se recomienda la realización de pruebas de imagen (radiografía, RNM, TAC) en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma **(A)**.
- Se recomienda en pacientes con dolor lumbar agudo, subagudo o crónico continuar con las actividades de la vida diaria y mantener la actividad, incluyendo la incorporación al trabajo siempre que el dolor lo permita **(A)**.
- En las personas con dolor lumbar agudo, subagudo o crónico no se recomienda reposo en cama **(A)**.
- En la lumbalgia subaguda y crónica inespecíficas, se recomienda la realización de ejercicio físico. El ejercicio puede ser la base fundamental del tratamiento **(A)**.
- Se recomienda la utilización de paracetamol como primera elección en el tratamiento de la lumbalgia aguda y subaguda inespecífica, por su mejor balance beneficio/ riesgo **(B)**.
- La lumbalgia puede tratarse con AINE durante periodos de tiempo cortos, de forma pautaada y en la menor dosis posible. Cualquier AINE es igualmente eficaz en el tratamiento de la lumbalgia **(B)**.
- En personas con dolor lumbar crónico se podría valorar la administración de relajantes musculares benzodiazepínicos, teniendo en cuenta sus efectos secundarios **(B)**.
- Se recomienda la utilización de antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos, a dosis antidepressivas, en pacientes con lumbalgia crónica en quienes hayan fracasado los tratamientos convencionales. Deberá tenerse en cuenta su perfil de efectos secundarios antes de su prescripción **(B)**.
- No se recomienda la utilización de corticoides sistémicos en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico **(B)**.
- No se recomienda la utilización de vitamina B en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico **(A)**.

#### **Otras recomendaciones de interés:**

- \_ Se recomienda la realización de una exploración visual de la zona afectada con el fin de descartar un herpes zoster.
- \_ Los signos de alarma en la lumbalgia son: primer episodio con edad >50 años, antecedentes de neoplasia, síndrome constitucional, no mejoría con tratamientos habituales, dolor en reposo, fiebre, inmunodepresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de corticoides y síndrome de cauda equina.
- \_ En pacientes con lumbalgia con sospecha clínica de infección o neoplasia está indicada la realización de RNM, por ser la mejor prueba disponible. En pacientes con sospecha de fractura vertebral, osteoporótica o no, está indicada la realización de una radiografía de columna lumbar.
- \_ 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, aunque la presencia de estos factores de forma aislada no asegura el mal pronóstico.
- \_ Factores predictores de cronicidad: episodios previos de dolor lumbar, edad mayor de 50 años, dolor irradiado, presencia de signo de Lasègue, incapacidad producida por el dolor al inicio del episodio, tendencias depresivas y aislamiento social o altas demandas físicas en el trabajo.
- \_ Se debe considerar el perfil de seguridad de los AINE (en particular el riesgo gastrointestinal) y los factores de riesgo individuales (renales, cardiovasculares, posibles interacciones medicamentosas) de cada paciente a la hora de seleccionar un AINE.

#### **Consideraciones especiales:**

- \_ La radiografía de columna lumbar no permite descartar la existencia de neoplasia e infección en pacientes con alta sospecha, porque la prueba presenta baja sensibilidad.
- \_ La realización de radiografía de columna lumbar en pacientes con dolor lumbar inespecífico de más de 6 semanas de duración, sin otros signos de alarma, no disminuye la utilización de recursos sanitarios, el dolor ni la incapacidad a largo plazo, aunque sí produce un aumento de satisfacción de los pacientes.
- \_ El riesgo asociado a la utilización de rayos X en Reino Unido es de 700 casos de cáncer/año. La realización de una radiografía de columna lumbar implica un alto índice de radiaciones.
- \_ Los episodios de dolor mejoran rápidamente pero la persistencia de síntomas residuales es frecuente. La lumbalgia presenta más un curso fluctuante y recurrente que un curso autolimitado y benigno.

***Las recomendaciones incluidas en este documento no son de obligado cumplimiento, ni sustituyen el juicio clínico de los profesionales sanitarios.***