

	GUIA DE MANEJO DE DOLOR LUMBAR AGUDO	1-12-01-ASI-gui-001	
		Fecha actualización:	09/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 1/4	
RESPONSABLE MEDICOS URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA.			
OBJETIVO			
Diagnóstico de una manera oportuna y con pertinencia el Dolor Lumbar con su adecuada clasificación para así dar el tratamiento oportuno y evitar complicaciones futuras por esta causa en el área de influencia donde opera la Red de Salud de Ladera ESE			
ALCANCE			
Inicia desde el momento en que el paciente solicita la consulta por el servicio médico, se registra e ingresa al servicio refiriendo como síntoma dolor lumbar agudo e incapacitante, cualquiera que fuera su clasificación hasta completar su diagnóstico, tratamiento, recomendaciones y salida de la institución.			
REQUISITOS			
LEGALES		OTROS	
República de Colombia, Ministerio de Protección Social. Decreto 4747 de 2007 Decreto 1043 de 2006 Decreto 2309 de 2002 Resolución 1446 de 2006 Decreto 1011 del 2006 (SOGCSS) Ley 1122 de 2007 Decreto 029 de 2011		IPS con capacidad instalada (física dotación) resolutive. Equipo de salud capacitado que brinde atención humanizada y con calidad. Aplicación de código ético. Cumplimiento de indicadores. Cumplimiento de las 5 S. Seguridad. Atención oportuna. Accesibilidad. Satisfacción. Amabilidad. Cumplimiento de los derechos del paciente.	
DEFINICIONES			
Dolor lumbar agudo: Es un síndrome que se presenta en un 80 a 90% de la población adulta en algún momento de su vida y frecuentemente se manifiesta con episodios repetitivos. El dolor agudo o crisis se define como la situación que provoca intolerancia a la actividad cotidiana, por dolor en la parte baja de la espalda o por síntomas en los miembros inferiores, durante un periodo inferior a los 3 meses. El dolor lumbar agudo tiende a mejorar entre 4 a 6 semanas en el 90% de los pacientes, así no se conozca exactamente la causa anatómica o fisiológica que la produjo. Los pacientes con dolor recurrente necesitan un enfoque diagnóstico y manejo similares para los diferentes episodios.			
GUÍAS DE MANEJO MEDICO.			
DESCRIPCIÓN DE LA PATOLOGÍA. El dolor lumbar agudo es segunda causa más común de la consulta al médico. De todas las causas de dolor lumbar agudo, el 70% es debido a desgarres musculares lumbares, el 10% a cambios degenerativos en los discos y las facetas, el 4% a fracturas por compresión osteoporótica y el 3% a estenosis espinal. El resto de causas representa el 1% únicamente. La etiología del dolor lumbar agudo es muy compleja. Dentro de las estructuras sensibles al dolor se encuentran: raíces nerviosas, duramadre, ligamentos longitudinal anterior y posterior, fibras anulares externas del disco, articulaciones facetarias y hueso poroso. Según la presentación e intensidad del dolor lumbar se puede clasificar en tres categorías:			
DOLOR LUMBAR NO RADICULAR: Cuando el dolor es regional, sin irradiación definida y sin			

	GUIA DE MANEJO DE DOLOR LUMBAR AGUDO	1-12-01-ASI-gui-001	
		Fecha actualización:	09/05/2012
		Revisión No.	1
		Página: 2/4	

evidencia de compromiso en el estado general del paciente. Es la presentación mas frecuente del dolor lumbar. Con frecuencia se ha denominado también lumbalgia mecánica, postural, funcional o muscular. Los hallazgos clínicos son escasos.

DOLOR LUMBAR RADICULAR (LUMBOCIATICA): Se acompaña de síntomas en miembro inferior que sugiere un compromiso radicular. La hernia del núcleo pulposo ocurre en un 90% de las veces en los espacios L4-L5 y L5-S1. La hernia L4-L5 produce dolor lumbar, espasmos, escoliosis antálgica, cojera, sensación dolorosa en la parte externa de la pierna, parte media del pie y en el hallux. Se encuentra debilidad dorsiflexora del pie y dedos y los reflejos osteotendinosos pueden estar normales. La hernia L5-S1 igualmente da síntomas lumbares, espasmo, dolor glúteo, molestias en la parte posterior del muslo, pierna y borde externo del pie. Para el diagnostico de la hernia discal, es de gran valor semiológico el signo positivo de Lassegue. La espondilolistesis es un desplazamiento de una vertebra lumbar sobre su vecina inferior. La presentación más frecuente es a nivel de L5-S1.

LUMBALGIA COMPLEJA O POTENCIALMENTE CATASTROFICA. El dolor aparece después de un accidente importante, con o sin lesión neurológica.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Debemos analizar otras causas médicas, que se manifiestan con dolor lumbar: enfermedades renales, gastrointestinales, pélvicas, ginecológicas y vasculares (aneurisma disecante de la aorta, ateromatosis aortoiliacas). Se habla de "síndrome de cauda equina (cola de caballo)" cuando el paciente presenta además del dolor, hallazgos neurológicos en ambos miembros inferiores, compromiso esfinteriano y de la sensibilidad perineal en silla de montar. Puede verse a patología discal, tumores óseos, lesiones neoplásicas neurales o infecciones.

El interrogatorio debe incluir los siguientes puntos: Mecanismo insidioso o trauma específico, localización de los síntomas, duración aguda (menor de 6 semanas) o crónica (mas de 6 semanas). Descripción del dolor, factores desencadenante y calmantes, limitaciones por el dolor, síntomas urinarios, debilidad, hipoestecias, síntomas constitucionales: fiebre, pérdida de peso, dolor nocturno. Cirugía lumbar previa con dolor persistente, antecedentes personales.

El examen físico debe incluir:

1. Inspección postura, marcha
2. Examen regional de la columna lumbar palpación espinal, arcos de movimientos, caderas y miembros inferiores
3. Exámenes específicos: signo de Lassegue
4. Examen neurológico de tamizaje: fuerza muscular, sensibilidad atrofia, reflejos
5. Examen abdominal, pulsos, pelvis.

TABLA 1. EXAMEN MOTOR

Raíz nerviosa	Examen motor	Prueba funcional
L3	Extensión de cuádriceps	Acuclillarse y levantarse
L4	Dorsiflexión de pie	Caminar en talones
L5	Dorsiflexión de grueso artejo	Caminar en talones
S1	Plantiflexión de pie	Caminar en puntas de pie

TABLA 2. EXAMEN SENSITIVO Y REFLEJOS

Raíz nerviosa	Sensibilidad	Reflejo
L3	Muslo lateral, cóndilo femoral medial	Patelar
L4	Pierna medial y tobillo medial	Patelar
L5	Pierna lateral y dorso del pie	Isquiotibial
S1	Planta del pie y tobillo lateral	Aquiliano



GUIA DE MANEJO DE DOLOR LUMBAR AGUDO

1-12-01-ASI-gui-001

Fecha
actualización: 09/05/2012

Revisión No. 1

Página: 3/4

DIAGNOSTICO

Para la gran mayoría de pacientes con dolor lumbar, con o sin radiculopatía, no son necesarios los estudios de radiología y laboratorio en las primeras 4 semanas de evolución. Justificaremos las ayudas diagnósticas desde la primera consulta para aquellos casos de trauma evidente, sospecha de enfermedad catastrófica en pacientes de alto riesgo, para síndrome de cauda equina y para los accidentes laborales bien definidos. La mayoría de pruebas de laboratorio son inespecíficas y de poca ayuda en la patología lumbar. La ayuda diagnóstica en nuestro Nivel I de Atención y en caso de signos de alerta, es el estudio radiológico, se solicita radiografía lumbar en proyección AP y lateral.

RECOMENDACIÓN: La decisión de ordenar TAC de columna, RNM y gamagrafía ósea se debe tomar en Nivel Superior de (mayor) Complejidad, remitir a Especialista.

TRATAMIENTO

Múltiples manejos farmacológicos y manuales se han propuesto para el manejo agudo del dolor lumbar. En nuestro Nivel I de Atención se recomienda la primera línea, el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) si no hay contraindicaciones y miorrelajantes, son suficientes para aliviar el dolor. En caso de recurrencia del dolor lumbar a pesar del tratamiento farmacológico e incapacidad del paciente se sugiere ser valorado por el Especialista en Nivel Superior de Complejidad.

MANEJO NO FARMACOLÓGICO

Control de peso, evitar el cigarrillo, evitar flexiones y rotaciones repetidas del tronco, no levantar objetos pesados, facilitar cambios frecuentes de posición y sentarse en una silla con buen apoyo lumbar, recalcar sobre la "higiene lumbar", asistir a los programas, terapia física de fortalecimiento de la musculatura espinal y estabilización de la columna.

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES.

Si el paciente no realiza acorde el tratamiento farmacológico y no farmacológico hay una recurrencia de dolor lumbar en un 25% con mayor compromiso neurológico en miembros inferiores y afectando la calidad de vida del paciente

SEGUIMIENTO.

Se debe citar al paciente después de haber iniciado el tratamiento farmacológico y de rehabilitación para mejorar la calidad de vida del paciente y determinar la conducta médica a seguir dependiendo de los síntomas y signos que se encuentren en el paciente.

BIBLIOGRAFIA

	GUIA DE MANEJO DE DOLOR LUMBAR AGUDO			1-12-01-ASI-gui-001	
				Fecha actualización:	09/05/2012
				Revisión No.	1
				Página: 4/4	
<p>Marck H. Beers, MD, Director Editorial. Andrew J. Fletcher, MD, Thomas V. Jones, MD. Robert Porter, MD. Nuevo Manual de Merck. 2da ed. 2008. Pg. 682-689. Eugene Braunwald, MD. Anthony S. Fauci, MD. Dennis L. Kasper, MD. Stephen L: Hauser, MD. Dan L: Longon, MD. J Larry Jameson. MD. Principios de Medicina Interna Harrison. 16 ed. 2006. Pg. 2923 a 2933. Guías de Practica Medica Basadas en la Evidencia. Dolor Lumbar.</p>					
ANEXOS					
N.A.					
Elaboró:		Revisó:		Aprobó:	
LUIS FERNANDO LENIS Coordinador Urgencias y Consulta Externa		ISAURO ENOC PRIETO JATIVA Auditor Medico		RICARDO POSADA Subgerente Científico Asistencial	
REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES					
REVISIÓN #	FECHA	PÁGINA	SOLICITANTE	COMENTARIOS	
1	09 de mayo de 2012	Todas	Planeación	Se modificó la descripción patología, etiología y la bibliografía de la guía	