

ORTOPEDIA

ABORDAJE CLÍNICO DEL DOLOR LUMBAR DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Daniela Jiménez Soto*

SUMMARY

Many physicians who manage patients with back pain know what causes more frequent and more appropriate handling; wish is really worrying as consultations for this type of pain are those that generate the highest costs of security systems social and disability more common. This review will concentrate on the most important points to ask every patient to see this so-called disease symptom.

CONCEPTO

Se le da el nombre genérico de lumbalgia a cualquier cuadro

doloroso axial que tenga asiento en la zona lumbosacra.

La Organización mundial de la Salud (OMS) señala que el dolor de espalda baja no es ni una enfermedad, ni una entidad diagnóstica, sino que se trata del dolor de duración variable en una zona anatómica, afectada de manera tan frecuente que se ha convertido un paradigma de respuestas a estímulos externos e internos. De acuerdo con la Sociedad Internacional para el Estudio de la Columna Lumbar, la lumbalgia se define como el síndrome doloroso localizado en la zona lumbar con irradiación

eventual a la región glútea, caderas o la parte distal del abdomen.

En el estado agudo (menos de 6 semanas), este síndrome se agrava por todos los movimientos y en la forma crónica solamente por ciertos movimientos. Cuando al cuadro doloroso se le agrega un compromiso neurológico radicular, la lumbalgia se convierte en lumbociática y el dolor es entonces referido a una o ambas extremidades pélvicas⁽⁵⁾.

ATENCIÓN PRIMARIA

Cuando el médico general se enfrenta a un paciente con dolor

* Medico General, Código 11749.

Para correspondencia: danajs2509@hotmail.com / Celular: 7014-7775

lumbar, debe tener previamente en su mente un esquema para organizar los aspectos que deben ser más relevantes en la historia clínica y así se reduce el tiempo perdido. Esto es particularmente importante, si se tiene en cuenta que la mayoría de pacientes que consultan por dolor lumbar lo hacen durante episodios agudos y que si se trata adecuadamente se podría evitar la progresión hacia la cronicidad^(9,6,8). Debemos tener en cuenta que en el ambiente de seguridad social de salud que existe alrededor del mundo, posee el agravante de que el tiempo con los pacientes es reducido lo que obliga a tener prioridades en el momento de la atención de los mismos⁽⁹⁾.

CAUSAS

Recordemos que el dolor lumbar es causado en el 97% de los casos por alteraciones mecánicas de la columna; en su mayoría se trata de trastornos inespecíficos de origen musculoligamentoso y otros menos frecuentes de origen degenerativo o relacionado con la edad, como las hernias de disco (4%) o la estenosis del canal vertebral (3%). Tan sólo 1% de los casos son atribuibles a causas no mecánicas, como neoplasias o infección, y el 2% restante se origina en alteraciones viscerales (enfermedades renales, de órganos pélvicos, gastrointestinales o

aneurismas aórticos, entre otras) que producen dolor referido⁽⁹⁾.

HISTORIA CLÍNICA

El interrogatorio debe de ir en prioridad a una serie de hallazgos considerados de particular importancia a los cuales se les conoce como "banderas rojas". Denominados de esta manera por que su presencia debe alertar al médico sobre la posibilidad de una enfermedad más seria que explique el dolor^(9,6).

Banderas rojas del dolor lumbar

- Edad de inicio antes de los 20 años o después de los 55 años
- Historia reciente de trauma importante
- Dolor constante, progresivo, no mecánico (no se alivia con el reposo)
- Dolor que aumenta durante la noche
- Dolor torácico
- Antecedente de neoplasias malignas (o sospecha fuerte de malignidad)
- Uso prolongado de corticoesteroides
- Abuso de drogas ilícitas, inmunosupresión, VIH
- Malestar general
- Pérdida no explicada de peso
- Deformidad estructural
- Fiebre, infección urinaria reciente o herida penetrante cerca de la columna
- Pérdida sensitiva o motora progresiva

- Historia de osteoporosis
- Falta de mejoría después de seis semanas de manejo conservador apropiado
- Anestesia en silla de montar, ciática bilateral, dificultad para la misión o incontinencia fecal.

CRONICIDAD

El dolor lumbar crónico es un síndrome multifactorial y todos los factores que intervienen deben evaluarse y tratarse con el objetivo de mejorar el dolor y disminuir la incapacidad funcional. En cuanto al abordaje de los pacientes con factores de riesgo para cronificación del dolor lumbar se usan las "Banderas amarillas"⁽¹⁰⁾:

- Factores clínicos: Episodios previos de lumbalgia, edad (a mayor edad mayor riesgo), irradiación del dolor y grado de incapacidad funcional al inicio del episodio.
- Factores psicosociales: Sintomatología ansiosa - depresiva, insatisfacción laboral, actividad laboral monótona y repetitiva, trabajos de gran demanda física.

Clásicamente, se admitía que el dolor lumbar se producía en episodios de corta duración, con un 80% a un 90% de éstos que se resolvía espontáneamente a las seis semanas, independiente del tratamiento que se le

realizara, y sólo un 5% al 10% se desarrollaría un dolor persistente. Sin embargo, estos conceptos se han puesto en duda, debido a que muchos pacientes presentan episodios recurrentes de dolor. La evidencia actual es que el dolor lumbar puede persistir durante un año o más después del primer episodio en un 25% a un 60% de los pacientes ⁽⁵⁾.

ERRORES EN EL MANEJO DEL DOLOR LUMBAR

Se deben de evitar al manejar un dolor lumbar, el solicitar una serie de estudios en ausencia de signos de alarma y dar importancia a hallazgos con poca correlación clínico radiológica, no investigar las creencias y expectativas que el paciente tiene sobre la evolución a un proceso crónica y no tener en cuenta las preferencias del paciente a la hora de decidir un tratamiento que realmente sea confortable y de adecuada respuesta para el paciente, llevándolo al abandono de este ⁽¹⁰⁾.

CONCLUSIÓN

Para el medico general que labore en atención primaria se le recomienda seguir de manera ordenada una serie de recomendaciones que van orientadas en los puntos más

importantes a preguntar en una historia clínica. Tener en cuenta que todo dolor lumbar con un desacierto en el manejo y tratamiento como tal, llevara a la cronicidad y como consecuencia más gastos en seguridad social.

RESUMEN

Muchos de los médicos que manejan pacientes con dolor lumbar desconocen cuáles son sus causas más frecuentes y los manejos más apropiados; lo cual es realmente preocupante ya que las consultas por este tipo de dolor son las que generan los más altos costos de los sistemas de salud y las incapacidades más comunes. Esta revisión va concentrada en los puntos más importantes a preguntar, a todo paciente que consulte por este síntoma mal llamado enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cardoso Ribeiro C., Gómez Conesa A. Lumbalgia. Prevalencia y programas preventivos en la infancia y adolescencia. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*. 2008; 32-37p.
2. Carragee Eugene J., MD. Persistent Low Back Pain. *The New England Journal of Medicine*. 2005; 1891-1893p.
3. Delitto Anthony, George Steven Z., George Steven Z., Van Dillen Linda R., Whitman Julie M., Sowa Gwendolyn Sowa, Shekelle Paul, Denninger Thomas R., Godges Joseph J. Low Back Pain. *Journal of Orthopaedics and Sports Physical Therapy*.
4. Deyo Richard A., MD, Weinstein James N., DO. Low Back Pain. *The New England Journal of Medicine*. 2001; 363-364p.
5. Insausti Valdivia Joaquín. Lumbalgia inespecífica: en busca del origen del dolor. *Reumatología Clínica*. 2009; 19-23p.
6. Mc Camey Kendra, MD, Evans Paul, DO. Low back pain. Primary care: *Clinics in office practice*. 2007; 71-78p.
7. Sanz Sanz J., Prada Ojeda A., Sánchez Andreu J.L., Mulero Mendoza J. Protocolo diagnóstico de la lumbalgia mecánica crónica. *Protocolo de práctica asistencial*. 2009; 2035-2037p.
8. Sanz Sanz J., Sánchez Otón, Campos Esteban J., Sánchez Andreu J.L. Protocolo diagnóstico de la lumbalgia aguda. *Protocolos de práctica asistencial*. 2009; 2031-2033p.
9. Uribe Cardenas Rafael. Dolor lumbar: Una aproximación general basada en la evidencia. Universidad médica Bogotá, Colombia. 2008; 510-519p.
10. Zamora Victoria M, Borda Julve Josep M. Lumbalgia Crónica inespecífica. 2009; 636-639p.