

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	GUIA DE MANEJO: DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CÓDIGO: DR-REHA-GM-13
 	DEPENDENCIA: UNIDAD DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	FECHA DE EMISIÓN: 07-09-2012
	PROCESO: DIAGNOSTICO Y REHABILITACION	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA 1 DE 19

**HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0**

1. OBJETIVO

Hacer recomendaciones sobre la patología para que el abordaje diagnóstico y terapéutico permita alcanzar los objetivos de manejo que se plantean en esta guía basada en la evidencia.

Obtener el grado máximo de independencia expresado en términos de porcentaje con el mínimo en problemas de independencia funcional) en pacientes con patología de columna el cual genere dolor espinal cervical y/o lumbar

Diagnosticar las discapacidades derivadas de la patología presente

Planificar el proceso terapéutico

Prevenir complicaciones o identificarlas plenamente.

Evitar la recurrencia de las complicaciones y tratarlas en caso dado

Realizar un enfoque terapéutico congruente con la revisión de las recomendaciones para el manejo conservador del dolor lumbar, publicadas en las más recientes guías de práctica basada en la evidencia.

Identificar aquellos pacientes que requieren manejo por las diferentes ramas de especialización de la medicina.

Describir la práctica terapéutica de la medicina física, incluyendo diagnóstico, pronóstico, intervención y valoración de desenlaces para trastornos musculoesqueléticos comunes que generan dolor lumbar.

Clasificar y definir condiciones musculoesqueléticas comunes usando terminología internacional propuesta por la OMS relacionada con alteraciones en la función corporal y estructura corporal, limitación en actividad y restricción en la participación.

Identificación adecuada de las medidas de desenlace para valorar los cambios resultantes de las intervenciones terapéuticas.

Consolidar las guías de referencia para el departamento de medicina física y rehabilitación del hospital militar central con respecto a las mejores prácticas de tratamiento para el dolor lumbar.

2. METODOLOGIA

Revisión de evidencia científica (revisión de guías basadas en la evidencia actuales, que se rigen por la terminología de la OMS, en Europa y el norte de América).

Consenso y participación de profesionales del área de la Rehabilitación.

Revisión de guías anteriores realizadas en el Servicio desde el año 1999.

Revisión de bibliografía reciente.

3. ALCANCE

Esta guía hace recomendaciones basadas en la evidencia internacional con el objetivo de establecer diagnóstico, curso clínico, factores de riesgo,

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	2 de 19		

clasificación, diagnósticos diferenciales, entrenamiento físico, medidas de restricción, medidas de desenlaces, limitación en la actividad y restricción en la participación en todos aquellos usuarios con patología de columna que generen dolor a nivel de columna.

4. POBLACION OBJETO

Pacientes Usuarios del Sistema de Salud de las fuerzas Militares de todas las edades con patologías de columna cervical. Torácica o lumbar que ocasione algún tipo de dolor espinal y que requiera de programa integral de rehabilitación.

5. RECOMENDACIONES

5.1 INTRODUCCION

El dolor cervical y lumbar son los problemas médicos más prevalentes en las sociedades industrializadas, causa frecuente de discapacidad transitoria y/o permanente que afecta el desempeño familiar, laboral y social del paciente. La incidencia del dolor lumbar se estima en un 80% y la del dolor cervical en un 45%, El dolor lumbar es la condición musculoesqueletica más común vista por Fisiatras, ortopedistas, y terapistas físicos en USA. Es el problema musculoesqueletico más visto en Europa en países como Australia, Suiza y Dinamarca. En Italia es la tercera causa más común de consulta médica.

Alrededor del mundo esta condición alcanza tasa epidémica. A lo largo de la vida la incidencia de un episodio de dolor lumbar agudo se presenta en rangos de 60 a 90% y 30% de esos casos pueden desarrollar una condición crónica.

El dolor lumbar puede provocar alteraciones en la actividades de la vida diaria de la persona, incluso afectar la vida laboral al punto de dejar su trabajo. El costo en salud pueden variar, en USA tiene una carga anual de u\$ 20 a 50 billones de dólares.

Las prácticas basadas en la evidencia son el gold standard para los médicos que se enfrentan a esta condición, para alcanzar el mejor desenlace posible con una disminución en la carga económica relacionada con sus cuidados.

Una reciente revisión sistemática estimo la incidencia de un primer episodio de dolor lumbar en un rango de 6.3 a 15.3%, mientras los estimados de la incidencia a un años de algún episodio de dolor lumbar alcanza hasta un 36%, adicionalmente aquellos individuos quienes experimentan limitación en la actividad, frecuentemente tienen episodios recurrentes en rango de 24-33% anual.

Freburger y colegas, evidencian un rápido incremento en la incidencia de dolor lumbar crónico, demostrando un incremento de 3.9% en 1992 a 10.2% en 2007. Está claro que todos los individuos en todas las clases sociales experimentan dolor lumbar, a diferencia la prevalencia parece variar basado en factores como el sexo, edad, educación y ocupación, las mujeres tienden a tener más alta prevalencia de dolor lumbar que los hombres, un incremento en relación con la edad también ha sido asociado con alta prevalencia, las formas más severas de dolor lumbar continúan incrementándose con la edad y la prevalencia general incrementa después de los 60 a 65 años. El bajo nivel académico está asociado con incremento en la prevalencia de dolor lumbar, también con la duración de los episodios y el riesgo de tener peores desenlaces.

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	3 de 19		

5. RECOMENDACIONES

El médico Rehabilitador debe realizar una evaluación completa del paciente y establecer un programa multidisciplinario de tratamiento de rehabilitación, acorde con la patología, asegurando de esta manera la recuperación del paciente, evitando la perpetuación de los síntomas y promoviendo el retorno temprano del individuo a todas sus actividades. Durante la evaluación se deben tener en cuenta los factores de riesgo para la patología de columna vertebral, los cuales pueden ser multifactoriales como: sedentarismo, sobrepeso, asimetría de extremidades inferiores, imbalance muscular, exposición a movimientos repetitivos, vibración, levantamientos o traslados de pesos, presencia de trauma, infecciones, neoplasias, dolores referidos (patología renal, o de vísceras huecas), enfermedades como artrosis, espondilitis, espondilolistesis, osteoporosis y factores psicoemocionales, sociales y familiares, situaciones especiales como la depresión, la ansiedad, el alcoholismo, el consumo de cigarrillos, etc. El éxito del tratamiento radica en la educación del paciente y la prevención con especial atención a los factores de riesgo y correcta higiene postural.

5.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El dolor espinal se origina por diversas etiologías, por tanto es necesario el conocimiento de la anatomía y biomecánica funcional de la columna, para identificar el origen y lugar de la intervención.

Para el manejo adecuado es preciso un buen examen físico. La causa exacta puede ser difícil de identificar, ya que puede originarse en tejidos blandos, en el hueso, en el disco intervertebral o en los nervios que inervan estas estructuras. Es importante tener en cuenta que la columna vertebral es una estructura mecánica triarticular que proporciona un soporte estable para las extremidades, la cabeza, y las cargas aplicadas en el torso.

Las características del dolor, nos pueden orientar si se trata de una patología mecánica o de tipo inflamatorio. El dolor por inflamación de alguna de sus estructuras mejora con la actividad y se empeora con el reposo y por el contrario la disfunción mecánica empeora con la actividad y mejora con el reposo. Las causas mecánicas benignas se dividen en los tipos estático (postural) y cinético (biomecánico).

El dolor espinal: cervical, dorsal o lumbosacro se clasifica en dolor radicular, no radicular, espóndilo genético, vicerogenetico, vascular, psicógeno, .

El dolor espinal no radicular se localiza frecuentemente en región lumbar, no tiene un patrón de irradiación definida, la molestia es localizada y se acentúa con el movimiento o cambios de posición. En la mayoría de los pacientes suele asociarse a sobreuso, vicios posturales e imbalance muscular. Se denomina lumbalgia mecánica que puede ser: postural; funcional o muscular.

El dolor radicular espinal usualmente se origina por la compresión de la raíz nerviosa por disco intervertebral, osteofito o cualquier otro defecto capaz de afectar la raíz. La presentación clínica de una radiculopatía ocurre inicialmente con signos y síntomas de compromiso de las fibras sensitivas y solo posteriormente puede presentarse con un compromiso mixto (sensitivo y motor).

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	4 de 19		

5. RECOMENDACIONES

La tensión, irritación o compresión de una o más raíces nerviosas producen un dolor que se irradia a la extremidad, de alta intensidad, irradiación distal y circunscrita a la distribución de la raíz comprometida. El dolor por lo general se exacerba con las maniobras de Valsalva (pujar, estornudar, toser). No todo dolor espinal que se irradia a las extremidades no sugiere compromiso radicular, este puede ser dado por la simple irradiación de un síndrome miofascial.

Dolor espondilógeno. Es causado por cualquier proceso patológico que se origine en estructuras de la unidad vertebral espinal (Dos cuerpos vertebrales y el disco intervertebral) y en los tejidos blandos adyacentes.

Otros dolores referidos a la región cervical, dorsal y lumbosacro, son de origen visceral o vasculares y son importantes en el diagnóstico diferencial y el manejo del dolor espinal. Así mismo el componente psicogénico debe ser tenido en cuenta para el manejo del dolor espinal crónico.

5.2.1 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo individual, son los más investigados, dentro de estos encontramos factores genéticos, relacionados al género, edad, composición corporal, fuerza y flexibilidad. Los factores genéticos han sido ligados a trastornos específicos de la columna así como degeneración discal.

Hay alguna evidencia que soporta la aparición de dolor lumbar asociado a la operación de equipos pesados. La hipertensión arterial, problemas cardiovasculares y estilos de vida (tabaquismo, sobrepeso, obesidad) son factores de riesgo asociados con ciática. Hay evidencia no concluyente que relaciona la fuerza de los músculos tronculares o la movilidad de la columna lumbar y el riesgo de desarrollar dolor lumbar.

Los factores psicosociales parecen jugar un mayor papel pronóstico que los factores físicos, hay alguna evidencia que sugiere que el temor, la ansiedad, la depresión juegan un papel importante en la evolución hacia dolor lumbar crónico.

En adolescentes el riesgo general de desarrollar dolor lumbar es similar al de los adultos, con tasas de prevalencia de 70 a 80% hasta los 20 años de edad. Similar a los adultos los adolescentes mujeres parecen tener más alta prevalencia, casi 3 veces el riesgo de su contraparte.

Las características antropométricas no parecen estar fuertemente asociadas con el riesgo de dolor lumbar en adolescentes a diferencia de los estilos de vida (actividad física, sedentarismo y carga mecánica).

La literatura actual no soporta una causa definitiva para los episodios iniciales de dolor lumbar. Los factores de riesgo son multifactoriales, específicos de la población y solo débilmente asociados con el desarrollo de dolor lumbar.

5. 3 CURSO CLINICO

Clásicamente, el curso del dolor lumbar ha sido descrito en fases de acuerdo a definiciones temporales, en agudo, subagudo y crónico. Definiciones operacionales han sido reportadas en la literatura y comúnmente aceptadas para fases agudas, subaguda y crónica en términos de tiempo, menor de 1 mes, entre 2 y 3 meses y más de 3 meses partiendo de la aparición del dolor lumbar. Se escapa de las definiciones operacionales, el dolor lumbar recurrente, se debe tener en cuenta que en el curso natural de esta condición la recurrencia es frecuente, de los pacientes con dolor lumbar agudo seguidos a un años el 65% reportaron 1 o más episodios adicionales.

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	5 de 19		

5. RECOMENDACIONES

5.3.1 BANDERAS ROJAS

En un adecuado enfoque diagnóstico y terapéutico, se debe tener en cuenta hallazgos clínicos que incrementen el nivel de sospecha de sospecha que coexiste una condición médica grave presentándose como una condición común , no grave, musculoesqueletica, estos hallazgos clínicos son comúnmente descritos como las banderas rojas.

CAUSAS COMUNES DE DOLOR VERTEBRAL

MECANICAS (80-90%)

causa desconocida- usualmente atribuida a alteracion muscular o ligamentosa 65-70%

enfermedad degenerativa discal o articular

fractura vertebral

deformidad congenita (asi como escoliosis, cifosis, vertebra transicional)

espondilosis

inestabilidad

NEUROGENICAS (5-15%)

hernia discal

estenosis espinal

fisura anular con irritacion mecanica de raiz nerviosa

Sindrome de Cirugia de columna fallida

infeccion (asi como herpes Zoster)

CONDICIONES MEDULARES NO MECANICAS (1-2%)

enfermedad neoplasica (primaria o metastasica)

infeccion (asi como osteomielitis, discitis, absesos)

artritis inflamatoria (a tritis reumatoide, espondiloartropatias, espondilitis anquilosante)

enfermedad de Paget

DOLOR VISCERAL REFERIDO (1-2%)

enfermedad gastrointestinal (enfermedad inflamatoria intestinal, pancreatitis, etc)

enfermedad renal (nefrolitiasis, pielonefritis)

aneurisma de aorta abdominal

OTRAS (2-4%)

fibromialgia

trastorno somatomorfo

simulacion

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	6 de 19		

5. RECOMENDACIONES						
Condicion	Datos de la Historia y el examen fisico	Sensibilidad	especificidad	LR+ IC (95%)	LR-IC (95%)	Odds Ratio(95%)
Tumor	edad > de 50 años	0.84	0.69	2.2(1.8-2.7)	0.34(0.17-0.68)	-
	Historia de cancer	0.55	0.98	23.7(11.3-49.4)	0.25(0.01-9.19)	-
	Falla terapeutica conservadora (>30 dias)	0.29	0.90	3.0(1.4-6,3)	0.79(-0.58-1.07)	-
	perdida de peso inexplicable	0.15	0.94	3.0(1.0-9.3)	0.87(0.68-1.12)	-
	no mejoria con el descanso en cama	1.00	0.46	1.7(1.2-2.2)	0.22(0.02-3.02)	-
S. Cauda Equina	Retencion Urinaria	0.9	0.95	18.0	0.11	-
	Incontinencia Fecal	-	-	-	-	-
	anestesia en silla de montar	0.75	-	-	-	-
	deficit sensitivo-motor (L4-S1)	0.80	-	-	-	-
Infeccion	Infeccion Urinaria o cutanea reciente	0.40	-	-	-	-
	fiebre: osteomielitis tuberculosa	0.27	0.98	13.5	0.75	-
	fiebre: osteomielitis piogena	0.50	0.98	25.0	0.51	-
	fiebre: abseso espinal epidural	0.83	0.98	41.5	0.17	-
fractura-compresion medular	historia de trauma mayor	0.30	0.85	12.8(8.3-18.7)	0.37(0.20-0.57)	-
	edad > de 50 años	0.79	0.64	2.2(1.4-2.8)	0.34(0.12-0.75)	-
	edad > de 75 años	0.59	0.84	3.7(2.9-4.5)	0.49(0.37-0.62)	-
	uso cronico de corticoesteroides	-	-	-	-	-
Aneurisma Abdomina >3 cm	historia de tabaquismo	-	-	-	-	5.07(4.13-6.21)
	historia familiar	-	-	-	-	1.94(1.63-2.32)
	edad > de 70 años	-	-	-	-	1.71(1.61-1.82)
	raza no caucasica	-	-	-	-	1.02(0.77-1.35)
	mujer	-	-	-	-	0.18(0.07-0.48)
	dolor abdominal, lumbar, pelvico	-	-	-	-	-
	pulso aortico anormal palpable	0.88	0.56	2.0	0.22	

5.3.2 FACTORES ASOCIADOS CON PERSISTENCIA DEL DOLOR LUMBAR

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	7 de 19		

5. RECOMENDACIONES

Entre los pacientes evaluados por dolor lumbar, entre el 80-90% tienen remisión del dolor después de 3 meses, no obstante un reciente estudio longitudinal sugiere que 30-40% de los pacientes pueden continuar experimentando síntomas persistentes. Numerosos estudios prospectivos han tratado de identificar predictores de episodios de dolor lumbar agudo y subagudo que tienen transición a dolor lumbar crónico y discapacidad.

En general algunos factores psicosociales (como depresión y ansiedad, estrés relacionado con el trabajo, satisfacción laboral) juegan el más importante papel incluso mayor que los factores anatómicos en predecir un futuro dolor lumbar persistente. La evidencia es amplia en sugerir que las condiciones psicopatológicas es el más importante predictor de dolor crónico y discapacidad en pacientes con dolor lumbar agudo

Factores asociados con dolor vertebral persistente
episodios previos de dolor vertebral
pobre satisfacción laboral o mal pago
pobres competencias de afrontamiento
comportamiento temeroso-evasivo
trabajo manual o trabajo físicamente estresante
obesidad
somatización
tabaquismo
bajos nivel de actividad física basal
litigio en curso
edad avanzada
extremado dolor e incapacidad
síntomas neurológicos
ansiedad
ánimo depresivo
estrés emocional

5.3.3 PACIENTES QUE REQUIEREN REMISION A OTROS ESPECIALISTA

Aquellos pacientes quienes presentan banderas rojas deben ser referidos a las diferentes especialidades médicas. Pues tienen alta sospecha de condición médica grave, como cáncer, infección, síndrome de cauda equina, espondiloartritis, fractura vertebral, dolor referido de víscera y aneurisma aórtico.

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	8 de 19		

5. RECOMENDACIONES

5.4 CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN

5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Dolor espinal agudo con o sin compromiso neurológico
- Dolor espinal crónico con o sin compromiso neurológico.
- Pacientes en postoperatorio de cirugía de columna.

5.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Procesos infecciosos activos de la columna vertebral.
- Inestabilidad severa de la columna vertebral con riesgo de lesión neurológica.
- Dolor referido (Visceral, vascular, etc)
- Pacientes sicóticos.

5.4.3 CRITERIOS DE FINALIZACIÓN

- Mejoría del dolor y de la capacidad funcional en más del 80 %.
- Haber cumplido con el programa de educación.
- Pacientes con dolor crónico refractario que requiere intervención por otros servicios (Clínica del dolor).

5.5 EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Los objetivos de la intervención por rehabilitación para el alivio del dolor espinal varían de acuerdo al tiempo de evolución y cronicidad, para el manejo del dolor agudo lo esencial es la disminución y eliminación del dolor, mejoría funcional y prevención de la recurrencia. En el dolor crónico se persigue prevenir la discapacidad y la minusvalía enfocando el tratamiento hacia la modificación de las conductas dolorosa y disfunciones específicas.

5.5.1 DIAGNOSTICO

5.5.1.1 Anamnesia y Examen físico:

- Inspección
 - Cintura Escapular
 - Cintura pélvica
 - Extremidades superiores e inferiores
 - Medición real y aparente de la longitud de las extremidades inferiores.

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	9 de 19		

5. RECOMENDACIONES

- Palpación y percusión
 - Espinal (Sobre estructuras óseas, musculares, ligamentosas y tegumentarias).
 - Paravertebral (Sobre estructuras óseas, musculares, ligamentosas y tegumentarias).
 - Movilización pasiva y activa de las articulaciones extraxiales.
 - Examen de Fuerza muscular, considerando la distribución por miotomas.
 - Examen de la sensibilidad Superficial y profunda de las extremidades y del tronco. Considerando la distribución por dermatomas.
 - Examen de la actividad refleja (Reflejos Profundo osteotendinosos y cutaneos-superficiales)

- Pruebas especiales:
 - Examen de Schober para observar movilidad de la columna vertebral lumbar.
 - Maniobra de Patrick (Para estudio de la articulación sacroiliaca).
 - Presión sobre apófisis espinosa (Spourling)
 - Pruebas de Compresión y.o tracción radicular cervical (Lermithe, Kerning)
 - Pruebas de Tracción radicular lumbar alta, para raíces L2, L3 y L4. (Wasserman)
 - Pruebas de tracción radicular lumbar baja, para raíces L5 y S1. (Lasegue, Bragard)

5.5.2 ESTUDIOS PARACLÍNICOS

5.5.2.1 ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS

En dolor lumbar no específico no solicitar rayos X de columna lumbar inmediatamente

Considerar IRM si se sospecha alguno de los siguientes diagnósticos: condición malina a nivel vertebral, síndrome de cauda equina, espondilitis anquilosante, sospecha de fractura vertebral.

5.5.2.2 RADIOGRAFIAS SIMPLES. Son básicas para el estudio inicial del paciente. Las proyecciones solicitadas son: anteroposterior y lateral, según el caso se solicitan proyecciones oblicuas.

5.5.2.3 RADIOGRAFIA DINAMICA (Máxima flexión- y extensión) están indicadas en la sospecha de inestabilidad de columna o desviaciones de la columna.

5.5.2.4 ESCANOGRAFIA DE LA COLUMNA VERTEBRAL. Está indicada para la evaluación ósea de la columna vertebral.

5.5.2.5 RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA. Está indicadas en las lesiones de la unidad vertebral que además del compromiso óseo incluya lesiones de tejidos blandos y neurológico.

5.5.2.6 ELECTROMIOGRAFIAS-VELOCIDADES DE CONDUCCION NERVIOSA. Indicada para el estudio del compromiso de la unidad motora, nervio periférico.

5.5.2.7 POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES: Indicada en la evaluación de la vía sensorial.

5.5.2.8 GAMAGRAFIA OSEA. Indicada en la sospecha de lesiones primarias de la columna vertebral (Reumáticas, degenerativas, neoplásicas...).

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	10 de 19		

5. RECOMENDACIONES

5.5.3 TRATAMIENTO

La mayoría de las personas con dolor lumbar no acuden nuevamente a una segunda cita médica. La mayoría de los casos de dolor lumbar agudo y subagudo no específico resuelven entre las 2 siguientes semanas.

5.5.3.1 FARMACOTERAPIA

Actuales revisiones sistemáticas de la literatura soportan con una fuerte evidencia el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos para dolor lumbar no neuropático, aunque el efecto del tratamiento es moderado y la evidencia es mayor para dolor agudo que dolor crónico.

El paracetamol (acetaminofen) es ligeramente menos efectivo que los antiinflamatorios no esteroideos, pero tiene más pocos y menos severos efectos adversos. Evidencia mínima existe sobre el uso de antiinflamatorios no esteroideos para el manejo de radiculopatía.

En pacientes con dolor lumbar no específico, existe fuerte evidencia que soporta un pequeño efecto de los relajantes musculares no benzodiazepínicos (como la ciclobenzaprina y la tizanidina), una débil evidencia existe que soporta el uso de las benzodiazepinas (como diazepam y clonazepam). dado sus efectos adversos y su potencial adicción los expertos recomiendan que las benzodiazepinas solo deben ser usadas cuando no hay respuesta a los otros relajantes musculares.

Para el dolor lumbar crónico la evidencia soporta que el uso de relajantes musculares es menos conveniente, mas pero no todas las revisiones sistemáticas han encontrado que los antidepresivos tricíclicos son más efectivos que el placebo.

Para dolor lumbar asociado a características neuropáticas el número necesario a tratar para que un paciente obtenga una mejoría significativa con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina es tres veces más alta que el número necesario a tratar para antidepresivos tricíclicos.

Los opioides son generalmente una opción razonable con respecto a algunos episodios de dolor lumbar agudo, pero la evidencia para el uso en dolor lumbar crónico no es clara. En un meta-análisis los autores concluyen que aunque los opioides pueden proporcionar mejoría a corto plazo en algunos pacientes con dolor lumbar crónico sus efectos a largo plazo son muy escasos y permanecen siendo una incógnita. La indicación de su uso solo está sustentada cuando otros tratamientos conservadores han fallado.

En el manejo farmacológico se debe considerar: que el fármaco sea el apropiado para la causa eventual del dolor, que sean más los beneficios potenciales que los efectos secundarios, que la dosis utilizada sea la mínima efectiva y que la relación costo beneficio sea la mejor. La elección del fármaco se establece con base en el origen del dolor, la severidad y el tipo del dolor, a saber:

- Relajantes musculares:
 - Relajantes de acción central: Tizanidina, Benzodiazepinas (diazepam)
 - Relajantes de acción periférica: Metocarbamol.

- Antiinflamatorios no esteroideos:
 - Primera generación: Ibuprofen, Naproxeno sódico, Diclofenaco sódico.
 - Segunda generación: Meloxicam, Nimesulide.

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	11 de 19		

5. RECOMENDACIONES

- Esteroides:
 - o Betametaxona.
- Analgésicos comunes:
 - o Acetaminofén
- Analgésicos opioides
 - o Acetaminofén más codeína
 - o Tramadol
 - o Oxycodona.

5.5.3.2 Procedimientos especiales:

Infiltraciones de sustancias analgésicas: Anestésicos locales del tipo Lidocaina , bupivacaina. Esteroides: Acetonida de triamcinolona, Betametaxona, prednisolona.

Intervenciones terapéuticas:

- Fisioterapia:
 - o Medio Físico (Calor, frio)
 - o Electroterapia (TENS, Inhibidor de dolor, Ultrasonido)
 - o Mecanoterapia (Tracción cervical, lumbar)
 - o Ejercicios terepeúticos: Acondicionamiento muscular : ejercicios de esterimiento y fortalacimiento tendientes a mejorar la biomecanica de columna. Ejercicios posturales.
- Terapia ocupacional: Higiene postural, ergonomía, Protección articular aplicadas a las actividades de la vida diaria.
- Programas educativos enfocados a:
 - o Prevención del dolor espinal.
 - o Higiene postural.
 - o Recomendaciones ergonómicas
 - o Hábitos nutricionales.

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	12 de 19		

5. RECOMENDACIONES

- PRINCIPIOS DE MANEJO PARA TODOS LOS PACIENTES**
- **MANTENER UN ADECUADO SEGUIMIENTO DEL DIAGNOSTICO SIEMPRE**
Y
 - **PROMOVER EL AUTOCUIDADO: PARA LOS PACIENTES CON DOLOR VERTEBRAL CONSEJOS DE EJERCICIO, ACTIVIDAD FISICA Y LLEVAR A CABO LAS ACTIVIDADES NORMALES TANTO COMO SEA POSIBLE (VER CUADRO B)** Y
 - **OFRECER MANEJO FARMACOLOGICO APROPIADO PARA CONTROL DE DOLOR Y AYUDAR AL PACIENTE A MANTENERSE ACTIVO Y FUNCIONAL (VER CUADRO C)**
Y
 - **OFRECER UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS (VER CUADRO D), TENIENDO EN CUENTA LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE:**
 - PROGRAMA DE EJERCICIO
 - TERAPIA FISICA
 - ACUPUNTURA

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	13 de 19		

5. RECOMENDACIONES	
	<p style="text-align: center;">CUADRO B: CONSEJERIA Y EDUCACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar consejería e información para promover el auto cuidado • Consejería educacional <ul style="list-style-type: none"> - Información sobre la naturaleza del dolor - Fomentar las actividades normales en lo posible • promover la actividad física y el ejercicio • incluir un componente educacional sobre otras intervenciones • explicar cuando se considera un tratamiento, teniendo en cuenta las preferencias del paciente.

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	14 de 19		

5. RECOMENDACIONES

CUADRO C: FARMACOTERAPIA

Paracetamol

- considerar como primera opción cuando solo es insuficiente y teniendo en cuenta riesgo individual, efectos adversos y preferencia del paciente: AINEs u Opiodes débiles

AINES

- tener en cuenta riesgo de efectos adversos, especialmente en edad avanzada
- ofrecer AINES estándar vía oral inhibidores de la COX-2
- coprescribir un inhibidor de la bomba de protones en > de 45 años

OPIODES DEBILES

- Considerar riesgo de dependencia y efectos adversos
- ejemplos de opiodes débiles son codeína y dehidrocodeína

Antidepresivos triciclicos

- Considerar si otros medicamentos son insuficientes, iniciar bajas dosis e incrementar hasta dosis máximas hasta:
 - Efecto terapéutico deseado
 - efectos adversos no aceptables

Opiodes fuertes

- considerar en dolor severo: corto plazo
- tener en cuenta el síndrome de dependencia de opiodes y efectos adversos
- ejemplos de opiodes fuertes son: buprenorfina, diamorfina, fentanil, oxicodona y altas dosis de tramadol.

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	15 de 19		

5. RECOMENDACIONES

CUADRO D: ELECIÓN DE TRATAMIENTO

Ofrecer una de las siguientes opciones terapéuticas, teniendo en cuenta las preferencias del paciente:

- **Programa de ejercicio estructurado**

- hasta 8 sesiones a lo largo de 12 semanas
- Programa de ejercicio grupal supervisado en un grupo hasta de 10 personas, a medida de la persona
- programa de ejercicio supervisado uno a uno solo si el programa grupal no es viable

- **Terapia manual (masaje)**

- Incluye manipulación de la columna y medios físicos
- hasta 9 sesiones a lo largo de 12 semanas

- **Acupuntura**

- Un curso de acupuntura de aguja
- hasta 10 sesiones a lo largo de 12 semanas

Si la opción terapéutica no tiene resultados satisfactorios considerar las otras alternativas.

5.6 RECOMENDACIONES FINALES

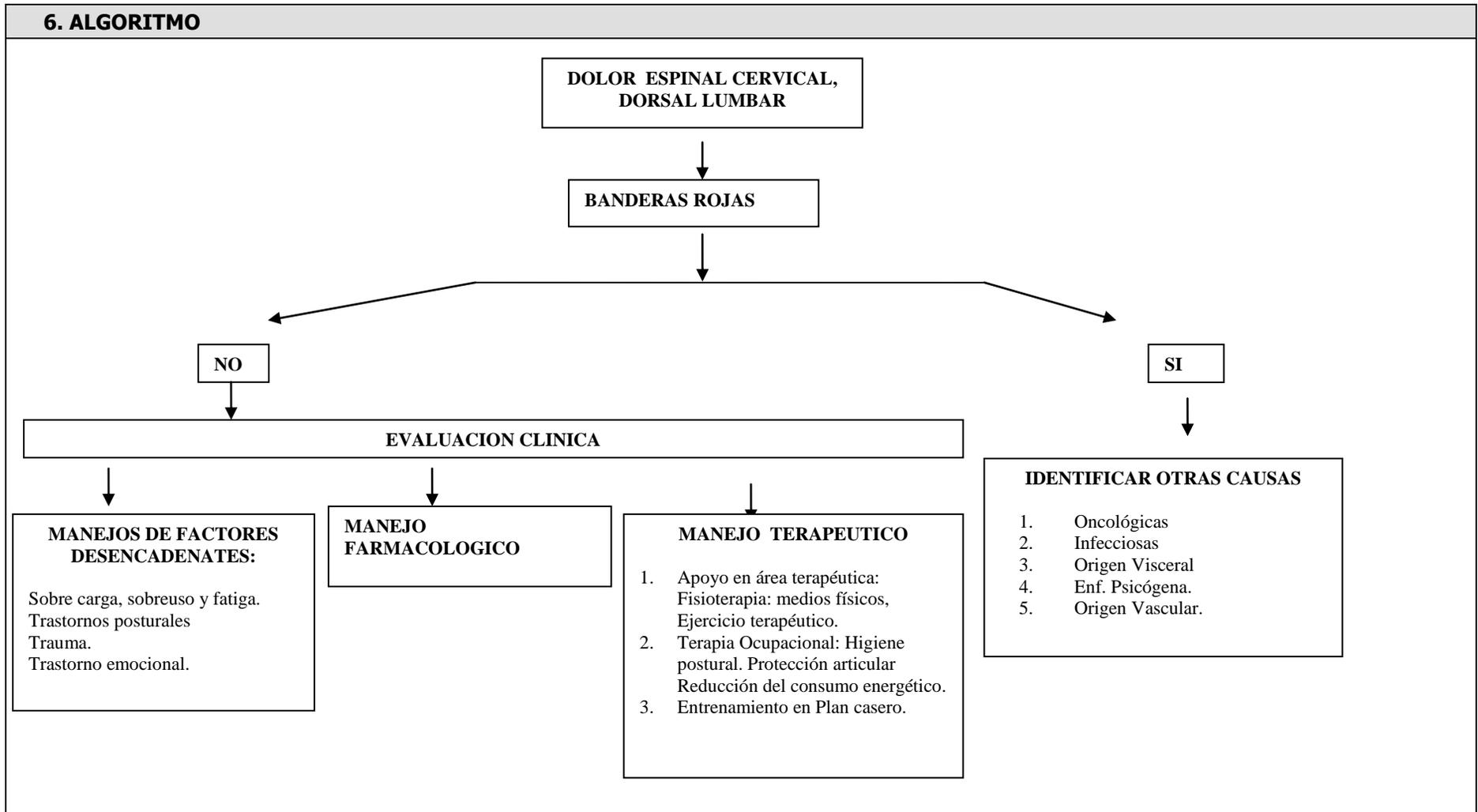
El manejo del dolor espinal radica en el esfuerzo e intervención de todo un equipo multidisciplinario e interdisciplinario, dirigido a la identificación factores de riesgo, al alivio de los síntomas, el diagnóstico de las causas reales del dolor y la educación del paciente. En los casos en que el dolor se torne crónico el tratamiento deberá orientarse hacia la modificación y control de las conductas dolorosas y del componente psicogénico asociado.

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	16 de 19		

5. RECOMENDACIONES

5.7 RESUMEN DE NIVEL Y GRADO DE EVIDENCIA PARA INTERVENCIONES EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR DE AGUDO A CRONICO

INTERVENCION	NIVEL DE EVIDENCIA	BENEFICIO NETO	GRADO
acetaminofen	buena	moderado	B
acupuntura	aceptable	moderado	B
terapia psicologica	buena	moderado	B
ejercicio	buena	moderado	B
rehabilitacion interdisciplinaria	buena	moderado	B
AINEs	buena	moderado	B
Manipulacion espinal	buena	moderado	B
Opiodes y tramadol	aceptable	moderado	B
intervencion educacional	aceptable	moderado	B
benzodiazepinas	aceptable	moderado	B
masaje	aceptable	moderado	B
yoga	pobre	no estimado	B
antidepresivos triciclicos	buena	leve	B/C
antiepilepticos	aceptable a pobre	leve (gabapentin)	C
traccion	aceptable a pobre	no beneficio	D
aspirina	pobre	no estimado	NA
diatermia	pobre	no estimado	NA
relajantes musculo esqueletico	pobre	no estimado	NA
TENS	pobre	no estimado	NA
Ultrasonografia	pobre	no estimado	NA

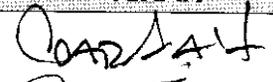
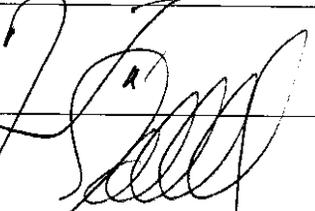
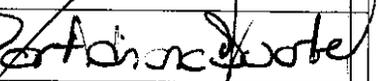


GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	18 de 19		

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1				

8. ANEXOS	
BIBLIOGRAFIA	
<p>Goertz, M. (2012). Health Care Guideline:Adult Acute and Subacute Low Back Pain. <i>Institute for Clinical Systems Improvement</i> , 1-95.</p> <p>A, B. (2007). Obesity and low back pain. <i>Antropology</i> .</p> <p>Chou, R. (2007). Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. <i>annals Internal Medicine</i> , 478-491.</p> <p>Cohen, S. P. (2009). Management of low back pain. <i>BMJ</i> , 100-107.</p> <p>D, H. (2010). The epidemiology of low back pain. <i>Best Pract Res Clin Rheumatology</i> , 769-781.</p> <p>DELITTO, A. (2012). Low Back Pain Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section. <i>journal of orthopaedic & sports physical therapy</i> , 1-57.</p> <p>EXCELLENCE, N. I. (2009). Low Back Pain: Early management of persistente non-specific low back pain. <i>NICE clinical guideline</i> .</p> <p>Institute, W. L.-I., & 2008. (n.d.).</p> <p>LADEIRA, C. (2011). Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. <i>revista brasileira de fisioterapia</i> , 190-201.</p> <p>P, S. (2009.). Savigny P, Kuntze S, Watson P, UnderEarly management of persistent non-specific low back pain guidelines.</p> <p>BIRKMEYER J.O. et cols. "Epidemiología Clínica". Orthopaedic Knowledge Update. AAOS.1999. Capitulo 9. 105-112.</p> <p>CAILLIET, R. Síndromes dolorosos: Dorso. DF: Manual Moderno, 1971: 38-134</p> <p>CAREY TS. "The Outcomes and Costs of Care for Acute Low Back Pain Patients Seen by Primary Care Practitioners, Chiropracters and Orthopedic Surgeons". The New England Journal Of Medicine. Oct 1995.</p> <p>DE PALMA, A. Disco intervertebral. Barcelona: Jims, 1981: 69-99.</p> <p>FERRIMAN A. "Early X Ray for Low Back Pain Confers Little Benefit". British Medical Journal. 2000; 321:1489.</p> <p>HADORN DC. Use of Algorithms in Clinical Guideline Development. Methodology. Pp. 93-104</p> <p>MOONEY, V. Evaluation and work up in the nonoperative care of low back disease. A.A.O.S. Instructional Courses. 166-189.</p> <p>Orthopaedic Knowledge Update." Evidence-Based Recommendations for patients whit Acute Activity Intolerance Due to Low Back Syntoms". 625-32.</p> <p>RADIN E.L.. Response of joints to impact loading. J. Biomech 1973; 6: 51-57.</p> <p>ROTHMAN R, Simeone F. The Spine. Philadelphia: Saunders, 1982: 1055-89.</p> <p>VAN TULDER MW. et col. Exercise Therapy for Low Back Pain. A Systematic Review Within the Framework of the Cochrane Collaboration, Back Review Group. Spine 2000; 25: 2784-2796.</p> <p>VAN TULDER MW. et col. Lumbar Supports for Prevention and Treatment of Low Back Pain. (Cochrane Review) Cochrane Library. 2. 2001.</p>	

GUIA DE MANEJO	DOLOR CERVICAL - LUMBAR	CODIGO	DR-REHA-GM-13	VERSION	01
		Página:	19 de 19		

APROBACION				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	DR. Oscar Mauricio ALVAREZ FERNANDEZ	Médico Especialista Y Docente	Septiembre de 2012	
REVISÓ	Dr. Alberto Jiménez Juliao	Coordinador (E) Medicina Física y Rehabilitación	Septiembre de 2012	
APROBÓ	CN medico (CNSOF). Sara Edith Moreno Mazo	Subdirector de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	Septiembre de 2012	
PLANEACION – CALIDAD Asesoría Técnica del Formato	SM. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Área de Calidad	Septiembre de 2012	