



**PROTOCOLO PARA MANEJO DE DOLOR LUMBAR
M-COE-MEO-PT-011 VI 01-03-2022**

1. OBJETIVO

Pretende orientar la toma de decisiones con la intención de estandarizar un tratamiento oportuno para manejo de dolor lumbar, evitando complicaciones y limitaciones funcionales, que ocasionen algún tipo de discapacidad.

2. RESPONSABLE

Medico ortopedista

3. ALCANCE

El presente protocolo aplica para todo paciente en especial adulto con síntomas de dolor lumbar por consulta prioritaria de la Unidad Médica de Cirugía Mínimamente invasiva CECIMIN

4. ENFOQUE DIFERENCIAL

El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia.

En CECIMIN la atención de los pacientes se realiza sin ningún tipo de discriminación, marginación, invisibilización y violencia, permitiendo la inclusión de la población vulnerable con discapacidad múltiple, trastornos médicos subyacentes, ciclo de vida (adulto y vejez), inclusión étnica (afrodescendiente, indígena, Rron, Gitano), Orientación sexual e identidad de género (hombre, mujer y población LGTBI), Población rural y urbana, Migrantes, nivel educativo y victimas de conflicto armado. Las particularidades se abordan en el protocolo de atención con enfoque diferencial de CECIMIN.

5. RECURSOS

5.1. Equipos

- Tensiómetro
- Pulsoxímetro
- Termómetro
- Sierra de Yesos
- Equipo de órganos

5.2. Insumos

- Guantes
- Línea Blanda
- Ferulas de Zimer

5.3. Humanos

- Medico ortopedista
- Auxiliar de Enfermería

**PROTOCOLO PARA MANEJO DE DOLOR LUMBAR
M-COE-MEO-PT-011 VI 01-03-2022**

5.4. Medicamentos

- Ketoprofeno
- Diclofenaco

6. GENERALIDADES

6.1. Definición

Se define como el dolor localizado entre el límite inferior de las costillas y el límite superior de la región glútea que puede estar o no asociado a dolor radicular.

Ciática: dolor irradiado hacia la parte posterior de la pierna en la distribución del nervio ciático que sugiere compromiso mecánico o inflamatorio.

Ejercicio: serie de movimientos específicos con el objetivo de entrenar o desarrollar el cuerpo para una práctica rutinaria o como un entrenamiento para promover la salud
Ejercicio de alto impacto: incluye a los ejercicios

Ejercicio de alto impacto: donde se somete a cargas o estrés al esqueleto axial (columna vertebral, sacroiliacas, caderas, rodillas y tobillos, principalmente por movimientos para vencer la gravedad (saltar, cargar pesas, etc.)

Ejercicio de bajo impacto: ejercicios donde no se somete a las articulaciones a cargas o estrés contra gravedad, como estiramientos, movilización articular, ejercicios de flexibilidad y coordinación

Escuelas de espalda: programas educativos y de adquisición de destrezas, que orientan y entrenan a la persona en los cuidados de salud de la espalda, la mecánica corporal, los cuidados hospitalarios, y otros tipos de instrucción pública para personas no enfermas. Se supervisan por terapeutas médicos especialistas, sus objetivos principales son la educación y la auto responsabilidad

Factores psicosociales laborales: aquellos que ocasionan estrés en el trabajo, altas demandas en el puesto laboral, contenido laboral pobre (con escaso poder de decisión, poco control sobre la actividad laboral y trabajo monótono), escaso apoyo por parte de los y las compañeras o por la dirección y la realización de un trabajo con mucha tensión
Hernia de disco: herniación del núcleo pulposo de un disco intervertebral, que condiciona fibrosis la cual puede resultar en compresión del nervio y estructuras adyacentes
Higiene de columna: información, orientación y educación

Higiene de columna: acción del paciente sobre la adecuada realización de las actividades de la vida diaria con relación al funcionamiento biomecánico adecuado de los diferentes segmentos de la columna vertebral, incluye consejos sobre corrección postural, manejo de cargas y actividades de la vida diaria a la biomecánica de la columna vertebral

Índice de masa corporal: Es la relación que existe entre el peso sobre la talla al cuadrado ($IMC = \text{peso}(\text{kg}) / \text{talla}(\text{m})^2$). Para el diagnóstico de sobrepeso se considera un valor de IMC ≥ 25 y para el diagnóstico de obesidad se considera un IMC ≥ 30 .

PROTOCOLO PARA MANEJO DE DOLOR LUMBAR
M-COE-MEO-PT-011 VI 01-03-2022

Manipulación: forma de terapia manual que implica movimiento de una articulación mayor que su rango de movimiento habitual, pero no mayor que su rango de movimiento anatómico

Masaje: técnica que consiste en la manipulación de Masaje: los tejidos blandos utilizando las manos o un instrumento mecánico para facilitar la circulación y disminuir el espasmo muscular

Maniobra de Lassegue: prueba clínica que se realiza con el paciente en decúbito dorsal, flexionando la cadera de la extremidad afectada, con la rodilla en extensión, de manera progresiva y lenta, se considera positivo en caso de dolor agudo irradiado hacia la pierna en la flexión de cadera/pelvis entre 30 y 60 grados

Medicina de Rehabilitación: manejo interdisciplinario de la salud y funcionalidad de una persona, su meta es minimizar síntomas y discapacidad.

Movilidad: suma de las siguientes actividades: andar, estar de pie, en posición sentada, subir y bajar escaleras, ir en coche, conducir un coche y usar transporte público

Lumbalgia aguda inespecífica: es lo que se conoce como "dolor común", sus características fundamentales son: 1.) paciente entre 20 y 55 años, 2.) dolor en región lumbosacra, glúteos y muslos, 3.) dolor de características mecánicas y 4.) buen estado general de la persona afectada Lumbalgia Recurrente:

Lumbalgia Recurrente: lumbalgia aguda en paciente que ha tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con períodos libres de síntomas de tres meses. No están incluidas las exacerbaciones de la lumbalgia crónica

Promoción de estilos de vida saludable: Proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore

Radiculopatía: disfunción de una raíz nerviosa asociada con dolor, déficit sensorial, calambres o disminución de los reflejos osteotendinosos en la distribución de un nervio específico

Terapia conductual: Aplicación sistemática de los principios psicológicos del aprendizaje en la modificación de la conducta humana.

Terapia física: aplicación científica y sistematizada de los medios físicos (calor, agua, frío, electricidad, presión, etc.) con fines terapéuticos

6.2. Clasificación

La lumbalgia se puede clasificar según su origen y tiempo de evolución

- Clasificación Según origen

1. Lumbalgia mecánica (80 - 90%) se relaciona con la movilización, mejora con el reposo, no existe dolor nocturno espontáneo. Las principales causas son:

**PROTOCOLO PARA MANEJO DE DOLOR LUMBAR
M-COE-MEO-PT-011 VI 01-03-2022**

70%) -Desconocida atribuida a contracturas musculares o lesiones ligamentaria (65 a

- Degeneración discal o enfermedad articular
- Fractura vertebral
- Deformidad congénita (escoliosis)
- espondilólisis
- Inestabilidad

2. Lumbalgia no mecánica: dolor diurno y/o nocturno, no cede con el reposo, puede alterar el sueño. las principales causas pueden ser
 - Inflamatorio
 - Infeccioso (osteomielitis, dimitís, abscesos)
 - Tumoral (primarios o metástasis)
 - Visceral (intestino irritable, pancreatitis, diverticulitis, nefrolitiasis, pielonefritis, aneurisma aórtico abdominal).
 - artritis inflamatorias (artritis reumatoide, espondiloartropatías como la espondilitis anquilosante, artritis reactiva, artritis enteropática) - Miscelánea.
- Clasificación según evolución.
 - Aguda: menos de seis semanas.
 - Subaguda: entre seis semanas y tres meses
 - Crónica: mayor a tres meses.

6.3. Exámenes complementarios:

Según los hallazgos en la historia clínica y examen físico se deben tomar exámenes complementarios, según la sospecha diagnóstica como:

- Laboratorios: hemograma, PCR, VSG, estudio de enfermedades inflamatorias o de cáncer entre otras.
- Estudio Imagenológicos: Radiografía columna lumbar (PA, lateral y oblicuas), Radiografía de articulaciones sacroiliacas. Tomografía axial computarizada, Resonancia magnética, mielografía o gammagrafía ósea con SPECT de columna

7. PASO A PASO

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	REGISTRO
Anamnesis	Reconocer una causa sistémica que justifique el dolor, compromiso neurológico que requiera evaluación quirúrgica, identificación de factores sociales o psicológicos que pueden aumentar o prolongar el dolor. Interrogar sobre: Características del dolor: -Súbito (esguinces, fracturas, hernia discal, aneurisma desecante de aorta) o insidioso (degenerativo, infeccioso, tumoral). -Localización: Dentro de la región lumbar puede ser central, unilateral o bilateral.	Médico ortopedista	Historia clínica

**PROTOCOLO PARA MANEJO DE DOLOR LUMBAR
M-COE-MEO-PT-011 VI 01-03-2022**

	<p>-Irradiación o no del dolor</p> <p>Tipo de dolor: mecánico (97%): contractura lumbar (70%), degeneración discal o articular (10%), hernia discal (4%), estenosis de canal (3%), fractura osteoporótica (4%), espondilolistesis (2%), fractura traumática (<1%) o inflamatorio (3%): neoplasias (0.7 %): mieloma múltiple, carcinoma metastásico, linfoma, tumores retroperitoneales, primarios vertebrales, medulares, infecciones (0,01%): osteomielitis, discitis, absceso paraespinal, espondilitis inflamatorias (0,3%): anquilosante, psoriásica, Reiter, viscerales (2%): aneurisma de aorta, pancreatitis, colecistopatías, litiasis renal.</p> <p>-Síntomas asociados: fiebre, hipotensión, cuadro constitucional, déficit neurológico (si pérdida del control esfinteriano, anestesia en silla de montar y debilidad en miembros inferiores pensar en el síndrome de la cola de caballo).</p>		
Examen físico inspección	Con el paciente de pie, de espaldas al explorador, y se empezará por valorar la estática vertebral y después la marcha. Buscar deformidades y pérdida de la lordosis habitual.	Medico ortopedista	Historia clínica
Examen físico exploración	En busca de puntos dolorosos a la palpación tanto de las apófisis espinosas como de la musculatura paravertebral y reproducción del dolor a la movilización de la columna lumbar. Deben explorarse las articulaciones sacroilíacas mediante las maniobras de Ericksen (en decúbito supino se presionan las espinas ilíacas hacia dentro), contra – Ericksen (en la misma posición presionar hacia abajo y hacia fuera) y Fabre (en la misma posición realizar flexión, abducción y rotación externa de la pierna, estabilizando la cadera con la otra mano).	Medico ortopedista	Historia clínica
Hallazgos neurológicos	Exploración de fuerza, reflejos osteotendinosos, flexión y extensión de rodillas, tobillos y dedos del pie y sensibilidad incluida la perineal.	Medico ortopedista	Historia clínica
Realización de	-Maniobra de Lasségue: Con el paciente en decúbito supino se eleva la extremidad en extensión. En condiciones normales no provoca dolor hasta llegar a los 70°-90°.	Medico ortopedista	Historia clínica

**PROTOCOLO PARA MANEJO DE DOLOR LUMBAR
M-COE-MEO-PT-011 VI 01-03-2022**

Maniobras	Es positivo si en algún momento del trayecto, antes de los 70°, el paciente refiere dolor irradiado a la extremidad exploradora por debajo de la rodilla. -Maniobra de Bragard: Se eleva la extremidad hasta el punto en que aparece el signo de Lasegue positivo, se retrocede unos 5° hasta que desaparece el dolor y se imprime una flexión dorsal del pie, con lo que aumentamos la tensión de la raíz nerviosa. Si hay lesión radicular el dolor reaparece.		
Tratamiento o Conservador	<ul style="list-style-type: none"> • Reposo relativo. • Pérdida de peso en caso de sobrepeso y obesidad. • Terapia física: incluye hielo, calor, estiramientos, ultrasonido, estimulación eléctrica transcutánea, ejercicios basados en fortalecimiento del core y condicionamiento aeróbico. • Alternativas terapéuticas como acupuntura o terapia neural. • Tratamiento farmacológico: Paracetamol, Antiinflamatorios no esteroideos pautados (no se recomienda prescribir AINES durante más de tres meses seguidos), relajantes musculares, opioides y/o antidepresivos. • Bloqueos: epidurales, foraminales, facetarios, art sacroiliaca. 	Medico ortopedista	Historia clínica
Tratamiento o Quirúrgico	-Indicaciones para tratamiento urgente: <ul style="list-style-type: none"> • Paresia progresiva. • Pérdida del control de esfínteres. • Anestesia de silla de montar. • Dolor axil y/o radicular cuya intensidad sigue siendo intolerable pese a la aplicación durante 6 o más semanas de todos los tratamientos no quirúrgicos recomendados anteriormente 	Medico ortopedista	Historia clínica

8. BIBLIOGRAFIA

- Guía práctica clínica: Lumbalgia inespecífica. Versión española de la guía práctica clínica del programa COST B13. <http://dgaval.caib.es/GPC.htm> o www.REIDE.org
- Steven P Cohen, Charles E Argoff, Eugene J Carragee. Management of low back pain. BMJ. 10 de enero 2009, volumen 338



**PROTOCOLO PARA MANEJO DE DOLOR LUMBAR
M-COE-MEO-PT-011 V1 01-03-2022**

- Raj D. Rao, Md. Orthopaedic Knowledge update spine. North America Spine society. 2012