
	GUÍA CLÍNICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBAR.		Código	
			GS-DC-010	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 1 de 13

TABLA DE CONTENIDO

1.	DEFINICIÓN DE LAS PATOLOGÍAS	2
2.	OBJETIVO	3
3.	ALCANCE	3
4.	RESPONSABILIDAD	3
5.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	4
6.	GUÍA DE MANEJO	4
	6.1 Enfoque General	4
	6.2 Procedimientos	4
	6.2.1 Evaluación.	5
	6.2.2 Identificación de signos de alarma.	7
	6.2.3 Listado de necesidades específicas.	7
	6.2.4 planteamiento del objetivo retador.	8
	6.2.5 Planteamiento de objetivos por disciplina	8
	6.2.6 Abordaje por fases de rehabilitación.	8
	6.3 Criterios de Egreso	9
	6.4 Criterios de educación postural y causas de origen.	9
	6.5 Criterios de falla y exclusión	11
7	BIBLIOGRAFIA	12

	GUÍA CLÍNICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBAR.		Código	
			GS-DC-010	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 2 de 13

GUÍA DE MANEJO

COLUMNA VERTEBRAL LUMBAR

1. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

La lumbalgia (M545) El dolor lumbar, dolor lumbosacro, lumbalgia o lumbago es el dolor localizado en la parte baja de la espalda, correspondiente a la zona lumbar de la columna vertebral y que afecta alguna parte de la zona que se extiende desde la parte más baja de las costillas posteriores hasta la zona más baja de los glúteos, con o sin compromiso de las extremidades inferiores. Es uno de los motivos principales de consulta a los servicios médicos y se estima que aproximadamente un 80% de las personas lo presentará al menos una vez en la vida.¹


En la mayoría de las ocasiones, se debe a causas biomecánicas, tales como traumatismos; esguinces o torceduras por estiramientos excesivos, capacidad muscular disminuida o falta de flexibilidad, mal uso o control muscular, mala postura; degeneración, hernia o rotura de discos intervertebrales; ciática; o exceso de peso, entre otras². Las enfermedades inflamatorias de las articulaciones, las fracturas por osteoporosis y los trastornos gastrointestinales y genitourinarios también pueden causar dolor lumbar³. En algunos casos, el dolor lumbar es provocado por enfermedades que, sin un tratamiento temprano adecuado, pueden tener consecuencias graves sobre la salud, por lo que una correcta evaluación y diagnóstico diferencial son imprescindibles. Entre ellas, cabe destacar ciertos procesos infecciosos, lesiones que requieren cirugía, la enfermedad celíaca o el cáncer.

En Aficenter la lumbalgia, representa el 7.2% de las causas de consulta, siendo evidente en 89 casos incidentes durante el 2019¹

1. OBJETIVOS

- Desarrollar hábitos óptimos del uso adecuado de la biomecánica corporal y postural.
- Instruir en patrones biomecánicos propios de las posiciones fundamentales y las diversas transiciones.
- Entrenar en la biomecánica para actividades de la vida diaria.
- Aplicar las normas de biomecánica al Trabajo y actividades productivas.

² Estadística descriptiva, año 2019 AFICENTER, principales causas de consulta.

	GUIA CLINICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBAR.		Código	
			GS-DC-010	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 3 de 13

2. ALCANCE

- Brindar al personal clínico terapéutico y demás integrantes del grupo rehabilitador, una orientación para el manejo y seguimiento de los pacientes con patología de columna vertebral.
- Dar a conocer los criterios de falla y exclusión del tratamiento desde rehabilitación para el paciente con patología de columna vertebral.
- Plantear criterios de egreso y pautas de educación postural – prevención de causas de origen.

3. RESPONSABILIDADES


- Fisioterapeuta
- Terapeuta Ocupacional
- Auxiliar de rehabilitación
- Demás integrantes del grupo rehabilitador (psicólogo, trabajador social, etc.)

4. DEFINICIONES

El dolor lumbar (M 545) se define como la sensación dolorosa localizada entre el límite posterior de las costillas y el límite inferior de los glúteos, con o sin irradiación a una o ambas piernas y que compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias. En ciertas ocasiones provoca limitación funcional que llega a dificultar las actividades de la vida diaria y que puede ser causa de ausentismo laboral.

El dolor lumbar es una condición común, que afecta aproximadamente al 80% de las personas en algún momento de su vida. Es la segunda causa de solicitud de consulta en el área de medicina general y la segunda causa de solicitud de incapacidad laboral.

5. GUÍA DE MANEJO

	GUIA CLINICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBAR.		Código	
			GS-DC-010	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 4 de 13

5. 1 Enfoque General

El enfoque de abordaje será el enfoque sistémico ecológico, donde se buscará la potenciación de cadenas musculares, la reeducación de cadenas cinéticas funcionales y la recuperación de la función articular de la columna lumbar, así como su involucración en las actividades que requieran la participación de la columna y las extremidades; favoreciendo el aumento de la participación en el contexto laboral, social y familiar.

El abordaje de la rehabilitación de la región lumbar bajo el METODO AFICENTER, considera como pilar de la intervención el fortalecimiento del CORE como pivote para el movimiento de las extremidades. Dentro de los principios generales tenemos que: La estabilización estática es imprescindible antes de la progresión a la dinámica. Los movimientos de flexión y extensión de tronco repetitiva están contraindicados. El fortalecimiento se progresara inicialmente con ampliación del rango de movimiento y posteriormente el aumento de cargas externas desde proximal hacia distal según los principios de las palancas biomecánicas, que deberán ajustar los brazos de palanca de acuerdo al estadio clínico y respuesta al tratamiento por parte del usuario, el control motor juega un papel trascendental. El programa de flexibilidad complementara la rehabilitación.

5.2 Procedimientos

Evaluación, identificación de signos de alarma, listado de necesidades específicas, planteamiento de objetivo retador, planteamiento de objetivos por disciplina, abordaje por fases de rehabilitación, egreso con recomendaciones, seguimiento al egreso (de ser necesario).


5.3 Evaluación

Observación: Asimetrías musculares, presencia de edema, postura estática y dinámica, cambios tróficos o crómicos en la piel, presencia de cicatrices, ingurgitación venosa.

Palpación: Espasmos peri articulares, derrame articular, tumefacción tisular, puntos de dolor, zonas con alteración de la sensibilidad.

Examen de la movilidad articular: Identificación de movimiento limitado y cuantificación del ángulo de limitación empleando goniometría.

Examen muscular²: Valoración de la fuerza muscular comparando los siguientes pares musculares: recto del abdomen vs paravertebrales lumbares – oblicuos superior vs oblicuos inferiores, transversos del abdomen vs piso pélvico.

	GUIA CLINICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBAR.		Código	
			GS-DC-010	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 5 de 13

Para los pares musculares, se empleara el examen muscular manual de Daniels² calificando x/5

Examen de la flexibilidad. Valoración de la flexibilidad en los siguientes músculos: Paravertebrales lumbares y torácicos, hamstring, recto femoral, iliopsoas, abdominales, glúteos, tensor de la fascia lata, gastronecmios y soleo. Adicionalmente evaluar flexibilidad de la fascia toracolumbar y fascia lata. (se evaluara incluyendo rango obtenido en grados /rango de movilidad esperado x 100; y se expresara en porcentaje de flexibilidad muscular).

Examen de la función: Evaluar el desempeño de la columna vertebral en las siguientes actividades: amarse los zapatos, recoger objetos del suelo, posicionar objetos livianos por encima de su cabeza, gesto laboral y deportivo.

Además se evaluará

Patrones de movimiento globales: Los patrones de empujar, halar, cargar / levantar, transportar, lanzar con propulsión y lanzar rudimentario. Alcances en el plano alto, medio y bajo.

Patrones de movimiento funcionales: Patrón mano-cabeza, mano-espalda, mano-cadera, mano-rodilla y mano-pie.

Los calificativos son: Funcional – Semifuncional – Disfuncional.

Examen del Desempeño Ocupacional: Evaluar en nivel de independencia en las actividades de autocuidado, productivas o del trabajo y de ocio/tiempo libre, teniendo en cuenta la limitación en la actividad y la restricción en la participación. (Lo anterior está relacionado con lo descrito en la CIF)

Pruebas especiales³: Cuerda de Arco, signo de Laségue, signo de Spurling, Marcha en puntas y marcha en talones.


5.3.1 Identificación de signos de alarma.

Posterior a la valoración se identificara la presencia o no de signos de alarma y condiciones que no son de manejo para rehabilitación integral desde el diagnostico de patología de columna vertebral tales como:

- Inestabilidad Uncovertebral
- Hernia discal, no reducida
- Mielopatía degenerativa.

² Daniels L, Catherine Worthingham. 2014. Pruebas Funcionales Musculares. Tomado de:
<http://es.slideshare.net/iPhysioEdu/pruebas-funcionales-musculares-lucille-daniels-catherine-worthingham>

³ Gerstner J. 2011 Semiología del aparato locomotor. Cali. Colombia. 13 edición. Editorial Celsus.

	GUIA CLINICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBAR.		Código	
			GS-DC-010	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 6 de 13

5.3.2 Listado de necesidades específicas.

Partiendo de la evaluación exhaustiva se hará un listado de necesidades específicas, las cuales tiendan a solucionarse con la intervención; como ejemplo se anota:

1. Edema en fascia toracolumbar que genera aumento de perímetro de 0.5 cms
2. Movilidad articular lumbar reducida: Flexión lumbar GII/IV.
3. Retracción muscular en un 80% de la movilidad esperada de iliopsoas y extensores lumbares
4. Asimetría muscular en par de fuerzas Abdominales (3/5) – Paravertebrales Lumbares (-4/5)
6. Limitación para levantar y/o cargar objetos con peso >5Kg, amarrar los zapatos y realizar alcances por encima de la cabeza.


5.3.3 Planteamiento del objetivo retador.

Partiendo de la evaluación, de la identificación de las necesidades, y de las expectativas del paciente y su familia, se diseñara un objetivo general e interdisciplinar que oriente el proceso de rehabilitación.

5.3.4 Planteamiento de objetivos por disciplina

Se diseñaran buscando que lleven al alcance del objetivo retador, deberá ser coherente con la solución de las necesidades específicas y deberá tener en cuenta la participación del paciente. Cada objetivo deberá ser medible con indicadores de mejoría. Como ejemplo se anota:

1. Disminuir edema en fascia toracolumbar.
2. Lograr la movilidad articular completa de columna lumbar. .
3. Incrementar en un 80 % la flexibilidad muscular de iliopsoas y extensores lumbares.
4. Promover simetría muscular en par de fuerzas abdominales – extensores paravertebrales.
5. Incrementar en un mínimo de 50% el nivel de independencia y participación en las actividades de la vida diaria acordes a los hábitos o roles en los que se desempeña.


	GUIA CLINICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBAR.		Código GS-DC-010	
			Versión 1	Página 7 de 13
	Fecha Vigente	18/11/2020		

5.4 Abordaje por fases de rehabilitación.

La intervención se realizara en 15 sesiones, buscando llevar el proceso de recuperación según las fases planteadas y reconociendo los indicadores respectivos para progresar en la fase de rehabilitación.

FASE DE REHABILITACION	N° DE SESIONES	INDICADORES DE EVALUACION ⁴
FASE I	5	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad lumbar con flexión GIII/IV • Disminución de espasmo paravertebral en un 50% • Disminución de postura antalgica en un 50% • Marcha con cadencia funcional (1.5 km/h) sin dolor. • Dolor menor o igual a 5/10 en escala análoga subjetiva de percepción del dolor al movilizar. • Incremento de flexibilidad en músculos lumbares en un 50% • Se debe haber identificado y corregido el factor causal externo (ergonomía en las AVD Y ABC) • El paciente debe conocer su error postural si lo tiene. • Tolerancia a la activación abdominal William Tipo I/III • Subjetivamente refiere mejoría del 50 al 60%
FASE II	5	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad lumbar completa • Disminución de espasmo paravertebral en un 70% • Disminución de postura antalgica en un 70% • Restablece Marcha sin dolor. • Dolor menor o igual a 3/10 en escala análoga subjetiva de percepción del dolor al movilizar. • Incremento de flexibilidad en músculos lumbares en un 70% • Tolerancia a la activación abdominal William Tipo II/III • Conoce plan casero fase II
	5	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad lumbar completa • Disminución de espasmo paravertebral en un 80 al 100% • Erradicación de postura antalgica • Tolera posturas sostenida en bípedo y sedente por

⁴ CarrieM. Lori B. 2006. Therapeutic Exercise Moving Toward Function. Badalona (España). Editorial Paidotribo.

	GUIA CLINICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBAR.		Código	
			GS-DC-010	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 8 de 13

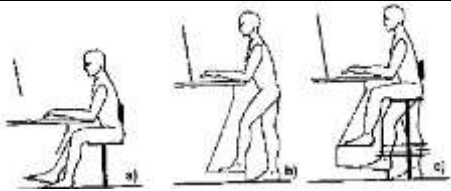
FASE III		periodos superiores a 1 hora. <ul style="list-style-type: none"> • Dolor menor o igual a 3/10 en escala análoga subjetiva de percepción del dolor al movilizar en rangos extremos. • Incremento de flexibilidad en músculos lumbares en un 80 al 100% • Tolerancia a la activación abdominal William Tipo III/III • Tolerancia a reforzamiento espinal • Conocimiento de plan casero


5.5. Criterios de Egreso

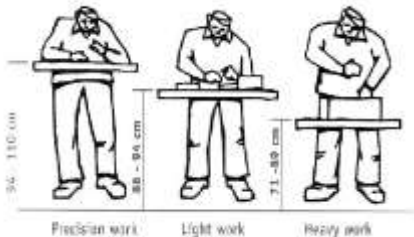
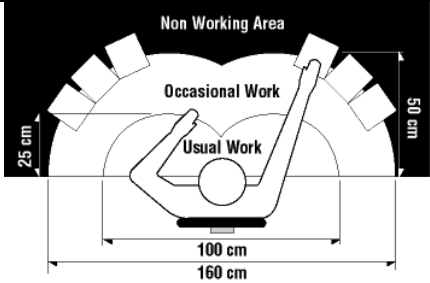
- Identificar en la evaluación alguno de los **criterios de falla o exclusión** antes mencionados.
- El cumplimiento de 7/9 indicadores de fase III de rehabilitación
- **Conocimiento del plan casero y prevención de causas de origen:** El paciente conoce y practica plan casero de ejercitación propuesto por grupo rehabilitador tratante. Así mismo el paciente conoce los criterios de educación postural y causas de origen.


5.6. Criterios de educación postural y causas de origen.

La educación básica que debe recibir un paciente que padece de una alteración de columna vertebral es la siguiente:

Recomendaciones	Como realizarla	¿Para qué?
Seleccionar la postura adecuada para la tarea		Para prevenir sobrecarga muscular, y gasto de energía innecesario.

	GUIA CLINICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBAR.		Código GS-DC-010	
			Versión 1	Página 9 de 13
	Fecha Vigente	18/11/2020		

<p>La altura de trabajo depende de la tarea a realizar.</p>		<p>Para prevenir tensión en columna cervical y región escapular.</p>
<p>Evitar estiramientos excesivos.</p> <p>Organizando el puesto de trabajo.</p>		<p>Previene posturas forzadas.</p>
<p>Postura sedente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe procurar un sentado dinámico. • Adopción de postura base ergonómica • Cada 2 horas, romper el ciclo sedente • Revisión de estación de trabajo para optimizar postura 	<p>Adoptar una postura sedente adecuada, permite prolongar la tarea sin afectar la columna vertebral.</p>
<p>Postura al agacharse.</p>	<p>Trate de que sus pies conserven la anchura de los hombros</p> <p>Eleve ligeramente los talones</p> <p>Procure que su espalda lumbar (baja) permanezca alineada.</p> <p>Se permite leve flexión de tronco.</p>	<p>Agacharse con adecuada mecánica corporal, reduce las posibilidades de padecer hernias discales.</p>

	GUIA CLINICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBAR.		Código	
			GS-DC-010	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 10 de 13


	Procure que su rodilla no supere el límite del pie.	
Recomendaciones para marchar saludablemente	<ul style="list-style-type: none"> • Co- contracción moderada y continua de abdominales y glúteos • Mirada al horizonte, con campo visual 180° • Longitud de paso equivalente a 3 veces el tamaño del pie. • Cadencia promedio de 110 Pasos por minuto. • Balanceo sincrónico de los brazos, al menos 1 brazo libre. 	Una marcha inadecuada favorece la aparición de dolor lumbar.

5.7. Estrategias complementarias


Relajación general: Se requiere de apoyo, comodidad y ambiente de completo reposo. Apoyo en posición supino, prono ó decúbito lateral. Emplear ropa cómoda, temperatura agradable, comida previa ligera, evacuación vesical. Se aplican las técnicas de relajación respiratoria y relajación progresiva. En la relajación respiratoria el paciente con los ojos cerrados se ayuda a concentrar en su propio ritmo de respiración, debe ser profunda con una ligera pausa al final de la expiración (5 segundos), puede controlar la inspiración mentalmente contando hasta 4 y hasta 10 para la expiración, debe visualizar mentalmente su cuerpo llevando todos los músculos a estado de reposo. En la relajación progresiva se considera el contraste entre la contracción máxima y la relajación subsiguiente, el paciente debe aprender a contraer cualquier grupo muscular y después soltarlo. Se realiza en cada zona del cuerpo músculos de la cara, cuello, tronco, extremidades hasta que todas las partes del cuerpo puedan permanecer relajadas al mismo tiempo.

6.5 Criterios de falla y exclusión

- La identificación de cualquiera de los **signos de alarma** anteriormente descritos.


	GUIA CLINICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBAR.		Código	
			GS-DC-010	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 11 de 13

- El incremento del dolor con la intervención, cuantificado en 4 o más puntos en la Escala Análoga del Dolor (EAD).
- Disminución de la capacidad funcional con la intervención mayor o igual al 15% de la calificación en la escala FIM (Escala medida de Independencia Funcional).
- Apatía y mala actitud del paciente frente al proceso de rehabilitación.

	GUIA CLINICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBAR.		Código	
			GS-DC-010	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 12 de 13

7. Bibliografía

1. Wong, J J; Côté, P; Sutton, D A; Randhawa, K; Yu, H; Varatharajan, S (febrero de 2017). «Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration» [Guías de práctica clínica para el manejo no invasivo del dolor lumbar: una revisión sistemática con la colaboración del Protocolo de Ontario para el Manejo de las Lesiones de Tránsito (OPTIMA)]. European Journal of Pain (en inglés) (John Wiley & Sons, Inc.) 21 (2): 201-216. doi:10.1002/ejp.931.
2. Kucharz, Eugeniusz Józef; Mastalerz-Migas, Agnieszka; Kwiatkowska, Brygida; Gasik, Robert; Kotulska, Anna; Kowalczewski, Jacek (2016). «Inflammatory low back pain: diagnostic and therapeutical recommendations for family doctors» [Dolor lumbar inflamatorio: recomendaciones diagnósticas y terapéuticas para los médicos de familia]. Family Medicine & Primary Care Review (en inglés) (Polonia: Wydawnictwo Continuo) 18 (3): 399-407. doi:10.5114/fmpcr/64779.
3. Atlas SJ, Deyo RA (febrero de 2001). «Evaluating and managing acute low back pain in the primary care setting». J Gen Intern Med (Revisión) 16 (2): 120-31. PMC 1495170. PMID 11251764.
4. Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá, Colombia 2010.
5. Resolución número 1043 de 2006 ministerio de la protección social.
6. Daniels L, Catherine Worthingham. 2014. Pruebas Funcionales Musculares. Tomado de: <http://es.slideshare.net/iPhysioEdu/pruebas-funcionales-musculares-lucille-daniels-catherine-worthingham>
7. Gerstner J. 2011 Semiología del aparato locomotor. Cali. Colombia. 13 edición. Editorial Celsus
8. CarrieM. Lori B. 2006. Therapeutic Exercise Moving Toward Function. Badalona (España). Editorial Paidotribo.

	GUIA CLINICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBAR.		Código	
			GS-DC-010	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 13 de 13

9. Rafael Zepeda Mora, Eva Cruz Medina. Exercise as an intervention in the treatment of chronic low back pain. En linea. Vol. 4, Núm. 1 Enero-Marzo 2015. pp 16-21. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invdis/ir-2015/ir151c.pdf>