1. INTRODUCCIÓN

La lumbalgia es un problema de salud muy común que afecta a personas de todas las edades y orígenes étnicos en todo el mundo. El dolor lumbar es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo esta una de las principales causas de incapacidad laboral, sobre todo en sujetos que se encuentran expuestos constantemente a factores de riesgo como lo serian: trabajos físicos fuertes, traumas repetitivos, accidentes laborales, lugares de trabajo en condiciones no aptas, entre otras.

Se estima que aproximadamente el 80% de la población experimentará dolor lumbar en algún momento de su vida. La lumbalgia puede tener diversas causas y puede ser aguda o crónica, lo que puede afectar significativamente la calidad de vida de las personas que la padecen.

Para ayudar a los profesionales de la salud del centro de neurorehabilitación APAES a abordar la lumbalgia de manera efectiva, se ha desarrollado esta guía de práctica clínica. Esta guía está diseñada para brindar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para el manejo de la lumbalgia.

La guía se enfoca en la evaluación y el tratamiento de la lumbalgia en adultos y abarca temas relacionados con el manejo terapéutico de esta entidad patológica.

Esperamos que esta guía de práctica clínica sea una herramienta valiosa para los profesionales de la salud que tratan a pacientes con lumbalgia y que contribuya a mejorar la calidad de atención y el bienestar de los pacientes que la padecen.

2. OBJETIVO

Estandarizar el procedimiento a tener en cuenta desde el proceso de rehabilitación hasta el reintegro laboral; facilitando un abordaje integral desde el inicio del tratamiento, abordando a las personas con esta patología cuando existe una real indicación de la complejidad de la misma y optimizando recursos, contribuyendo a la sostenibilidad del programa.

3. POBLACIÓN

Esta guía define los lineamientos para llevar a cabo de forma sistemática el proceso de rehabilitación de los usuarios con dolor lumbar, los cuales Inician proceso de atención en el centro de neurorehabilitación APAES en el área de terapia física.

4. TALENTO HUMANO

Fisioterapeutas del centro de neurorehabilitación APAES.

5. DOTACION

Para manejo de dolor se puede requerir:

- TENS

6. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS

- Balón terapéutico
- Colchoneta

7. ENFOQUE DIRERENCIAL

Relacionado en el documento Atención con enfoque diferencial con Código: A-DC-212

8. DEFINICIÓN

La lumbalgia es un problema que se caracteriza por la alta prevalencia en la población y por sus grandes repercusiones económicas y sociales, ya que se ha convertido en una de las primeras causas de absentismo laboral. En la lumbalgia se produce una asociación entre factores musculares y psicosociales que generan conductas de evitación, miedo y atrofia muscular, provocando un círculo vicioso que favorece la cronificación y la incapacidad. Cerca del 90 % de los casos no presentan algún tipo de lesión demostrable, por lo que el problema se cataloga como una lumbalgia inespecífica. Contrariamente a lo que antiguamente se pensaba, el reposo está contraindicado, pues debilita y atrofia la musculatura de la espalda. Se realizó una revisión bibliográfica donde se aclaran muchas incógnitas relacionadas con el problema de la lumbalgia, fundamentándose en sólidas argumentaciones científicas que ayudan y facilitan la compresión del proceso. (1) El dolor lumbar continúo siendo la segunda causa de morbilidad profesional reportada por las EPS, su porcentaje se incrementó entre el año 2011 y 2013 pasando de 12% al 22% y se

redujo en el año 2017 cuando represento el 15% de los diagnósticos. (2)

8.1. Definición de dolor lumbar inespecífico

El dolor lumbar inespecífico (CIE10: M545) se define como la sensación de dolor o molestia localizada entre el límite inferior de las costillas y e límite inferior de los glúteos, cuya intensidad varía en función de las posturas y la actividad física. (3) Suele acompañarse de limitación dolorosa con el movimiento y puede asociarse o no a dolor referido o irradiado. El diagnostico de lumbalgia inespecífica implica que el dolor no se deba a fracturas, traumatismos o enfermedades sistémicas (como espondilitis o afecciones infecciosas o vasculares, neurológica, metabólicas, endocrinas o neoplásicas) y que no existe compresión radicular demostrada ni indicación de tratamiento quirúrgico. (3)

8.2. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR LUMBAR

1. **Según el tiempo de evolución:**

   - Dolor lumbar agudo: dolor que dura menos de 6 semanas.
   - Dolor lumbar crónico: dolor que dura más de 12 semanas
   - Dolor lumbar subagudo: dolor que se encuentra entre estos lapsos de tiempo.

2. **Según estructura anatómica comprometida**

   - Dolor lumbar no radicular
   - Dolor lumbar radicular (lumbociática)
   - Lumbalgia compleja o potencialmente crónica

3. **Según el origen (4)**

   - Dolor somático: originado en los músculos y fascias, discos intervertebrales, articulaciones facetarías, periostio, complejo ligamentario, duramadre y vasos sanguíneos.
   - Dolor radicular: que se origina en los nervios espinales

8.3. ETIOLOGÍA

El dolor lumbar puede ser ocasionado por múltiples factores, entre los que se encuentran trabajos repetitivos de levantamiento de cargas pesadas, uso de herramientas pesadas o hidráulicas, conducir durante mucho tiempo sin hacer pausa, sedentarismo, malos hábitos posturales tanto en el hogar como en el lugar de trabajo, entre muchas otras.

El dolor crónico es más complejo, puesto que en él interviene una serie de eventos somáticos y psíquicos que conforman una cadena de factores que lo pueden mantener. Entre ellos están la tensión emocional, los traumatismos físicos, infecciones, etc. El dolor produce tensión muscular y este a la vez desencadena isquemia, edema, liberación de sustancias algo génicas e inflamación. Esta última provoca una limitación de la elongación de la movilidad articular, llevando todo ello a la incapacidad funcional, formándose un círculo vicioso en el cual los factores orgánicos y psicológicos se superponen o pueden mantener indefinidamente el dolor. (5)

8.4. FACTORES DE RIESGO

- **OCUPACIONALES:** relacionados con la aparición del dolor lumbar son: carga, manipulación manual, trabajo físico pesado, levantamiento de cargas y postura forzada a nivel de columna, movimientos de flexión y rotación de tronco, exposición a vibración del cuerpo entero y posturas estáticas. También se encuentran asociados los factores psicosociales y organización del trabajo. (3)
- **NO OCUPACIONALES:** incluyen los factores de riesgo individual no modificables (edad, talla, somatotipo, genética, patologías sobreagregadas) o modificables (factores psicológicos, patrones de personalidad específico, obesidad, actividad física extra laboral) (3)

9. REHABILITACIÓN

Debe estar orientada a potenciar la musculatura estabilizadora lumbar: Para lograrlo hay que hacerlo de una forma eficaz y segura. La potenciación muscular selectiva reúne todas estas condiciones, siendo eficaz y segura en el tratamiento del dolor lumbar crónico.

Es fundamental conseguir una correcta fijación pélvica, que obligue a trabajar los músculos extensores lumbares, evitando a su vez la posibilidad de realizar el

ejercicio de manera incorrecta mediante los músculos compensadores.

En el proceso de rehabilitación es muy importante que el paciente al mismo tiempo haga modificación de su puesto de trabajo o el factor de riesgo que se haya identificado, con el fin que todo el proceso de terapia tenga los mejores resultados.

- realizar el tratamiento farmacológico enviado por el médico tal cual ha sido prescrito
- tener en cuenta que en los primeros días de ejercicio o terapia es normal que el dolor se aumentó un poco (no en todos los casos)
- evitar mantener la misma postura durante el día.
- asistir a las terapias que el médico le envió y no interrumpir el proceso para ver mejores resultados.

FASE INICIAL DEL TRATAMIENTO

Esta etapa inicial del tratamiento debe ser durante una a dos semanas o las primeras 3 a 4 sesiones de terapias:

- calor local durante 15 a 20 minutos
- estiramiento sostenido por 6 a 8 segundos de las fascias dorso lumbar, paravertebrales medios y bajos, isquiotibiales, glúteo mayor, psoas iliaco
- Isométrico de glúteo y abdomen (posición supina con rodillas semiflexión)
- Ejercicios del puente (posición supina, levantar la pelvis)
- Ejercicios de basculación pélvica
- utilización de TENS un máximo de 12 minutos
- se puede finalizar con otros 10 a 15 minutos de calor local.

FASE COMPLEMENTARIA

En esta fase algunos de los ejercicios de estiramiento y fortalecimiento de la fase anterior se les aumentan el grado de complejidad, enfocando aún la parte del estiramiento.

Se inicia después de la segunda semana o 4 sesiones de terapia y debe durar otras 2 semanas o hasta que el dolor disminuya.

- iniciar con 10 a 15 minuto de calor localizado
- Ejercicios de fortalecimiento de la zona lumbar en posición cuadrúpeda: elevando un brazo, luego elevando el brazo contrario, luego elevando pierna y brazo contrario (superman).
- continuar con los mismos ejercicios anteriores pero en posición prona con apoyo de la cabeza.
- A estos ejercicios mencionados, entre cada serie se le debe agregar un ejercicio de estiramiento para evitar aumento del dolor durante la terapia. Estos estiramientos entre series no deben superar los 6 segundos para evitar que el músculo se relaje.
- posterior a los ejercicios de fortalecimiento, terminar realizando ejercicios de estiramiento de la fascia dorso lumbar en posición supina y cuadrupedia.
- se puede finalizar con 5 a 10 minutos de calor local.

FASE FINAL

Aproximadamente al mes de haber iniciado el tratamiento y que el paciente manifieste mejoría en la sintomatología, se procede con la última fase de la rehabilitación que se realiza en consultorio pero el paciente los aprende y los debe seguir haciendo en su hogar.

- En esta fase se realiza un calentamiento en máquina cardiovascular de 10 a 15 minutos.
- se continúa con los ejercicios de la fase anterior incrementando la resistencia, las series y repeticiones y se continúa con el estiramiento entre las series de ejercicios.
- Se enfocan los ejercicios de fortalecimiento de la zona abdominal dorso lumbar en diferentes posiciones: supino, prono y cuadrupedia.
- el paciente debe realizar ya sus actividades del hogar y del trabajo sin ningún dolor o molestia.
- Mejorar los hábitos y estilos de vida se vuelve muy importante dentro de este proceso de rehabilitación, ya que el paciente no gana nada si durante la terapia la sintomatología mejora, pero al regresar a sus labores diarias sigue cometiendo los mismos errores que han sido los que le han desencadenado el dolor.

10. RECOMENDACIONES (1)

1. Se sugiere incluir estrategias de manejo postural, orientadas al trabajador en riesgo de enfermedad dorso lumbar y enfermedad discal, para mejorar los síntomas, aumentar la independencia y reducir el riesgo de complicaciones.
2. No se sugiere reposo en cama en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo.

Recomendación condicional en contra.

3. Se sugiere en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo continuar con la actividad física y mantener las actividades de la vida diaria, incluyendo la actividad laboral, tanto como sea posible.
4. Recomendamos la terapia manual de manipulación y movilización de tejidos blandos para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda, Recomendación fuerte a favor
5. No se sugiere usar los soportes lumbares (fajas o corsés) para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda.
6. Involucrar al paciente en la realización de actividades con la mecánica corporal adecuada desarrollando ejercicios en casa y aplicando adaptaciones ergonómicas en casa y lugar de trabajo.
7. Aplicación de modalidades terapéuticas: se encuentra bajo nivel de evidencia para la aplicación de TENS, ultrasonido y laser en este tipo de dolor, sin embargo, queda a criterio del fisioterapeuta su aplicación; el masaje permite disminuir el dolor y mejora la capacidad funcional si se adiciona ejercicio y cuidado postural.
8. La aplicación de frío local no se recomienda en la lumbalgia aguda.
9. Ejercicios de estabilización progresivos. Iniciar fortalecimiento de las extremidades junto con la activación de musculatura principal, progresando al fortalecimiento dinámico del tronco.
10. Los enfermos con lumbalgia no pueden ser clasificados solamente en base a resultados encontrados en imágenes radiológicas, ya que los resultados clínicos del dolor están influenciados por la posición y actividad que realicen los pacientes.
11. En pacientes con lumbalgia aguda y subaguda, se puede recomendar la aplicación de calor local para alivio del dolor.
12. Ejercicios aeróbicos de mediana a alta intensidad: evitando desviaciones de la columna como parte fundamental del tratamiento.
13. Enseñar correctos hábitos posturales durante la realización de sus actividades básicas cotidianas y de la vida diaria reduce significativamente la aparición de nuevas afecciones musculares.
14. En la lumbalgia crónica mecánica los intentos para llegar a un diagnóstico específico utilizando exploraciones complementarias progresivamente más sofisticadas y realizando tratamientos agresivos como la cirugía, no parecen dar resultado en el terreno de la discapacidad por lumbalgia crónica, o incluso son contraproducentes

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Carpio Ricardo, Goicochea-Lugo Sergio, Chávez Corrales José, Santayana Calizaya Nieves, Collins Jaime A, Robles Recalde Jesús et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú (EsSalud). An. Fac. med. [Internet]. 2018 oct, Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832018000400014&lng=es. http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i4.15643.
2. Hernández, G. A., & Zamora Salas, J. D. (2017). Ejercicio físico como tratamiento en el manejo de lumbalgia. Revista de salud pública, 19, 123-128.
3. Ministerio de protección social, Recomendaciones Guía de atención integral de Seguridad y Salud en el Trabajo para dolor lumbar inespecífico y enfermedad discal
4. Ministerio de Protección Social República de Colombia Guía de Atención Integral basada en la Evidencia para el Dolor Lumbar Inespecífico y Enfermedad Discal relacionados con la manipulación manual de cargas y otros factores de riesgo en el lugar de trabajo. Bogotá 2007
5. Cuesta Vargas, A. I., & Montes Fuentes, A. J. (2007). Evidencia clínica en la lumbalgia crónica. Revista de Fisioterapia, 6(Suplemento).
6. Arango S. Guía de manejo de dolor lumbar. Versión No1. CPT Medellín. 2004. http://www.aibarra.org/Guias/8-1.htm
7. Jiménez-Ávila JM, Rubio-Flores EN, González-Cisneros AC, et al. Directrices en la aplicación de la guía de práctica clínica en la lumbalgia. Cir Cir. 2018;86(1):29-37.
8. Latorre Marques, E., Kovacs, F., Gil del Real, M., Alonso, P., & Urrutia, G. (2008). La versión española de la Guía COST B13: una guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica basada en la evidencia científica. Dolor. Investigación Clínica & Terapéutica, 23(1), 7-17.