

Grupo para la Implementación de GPC

Resumen de recomendaciones de la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA:



Lumbalgia



GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
TALAVERA DE LA REINA



GERENCIA DE ATENCIÓN
PRIMARIA
TALAVERA DE LA REINA

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Castilla-La Mancha

Guía revisada:

Guía de Práctica Clínica (GPC) elaborada por el Servicio Vasco de Salud y el Departamento de Sanidad del País Vasco, cuya población diana son los pacientes adultos con lumbalgia inespecífica aguda, subaguda o crónica en el ámbito de la atención primaria. La GPC cubre aspectos de diagnóstico, tratamiento y evolución de la evidencia disponible hasta marzo del 2006.

Guía disponible en <http://www.guiasalud.es/viewGPC.asp?idGuia=408>

Resumen de recomendaciones disponible en <http://www.gaptalavera.com>

Grupo revisor:

Vicente Andrés Luis, Luis Sánchez Pérez, Mercedes Azpiazu Garrido.

Diseño y maquetación: Pilar Fluriache García-Caro

Definiciones

Lumbalgia: Dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, sin que esta irradiación por debajo de la rodilla deba ser considerada de origen radicular.

- Lumbalgia aguda:** Dolor de menos de 6 semanas.
- Lumbalgia subaguda:** Dolor de 6-12 semanas.
- Lumbalgia crónica:** Más de 12 semanas con dolor.

Grados de recomendación:

A: Al menos un metaanálisis, revisión sistemática de ensayos clínicos o ensayo clínico con bajo riesgo de sesgo.

B: Estudios clasificados, con muy bajo riesgo de sesgo directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos.

C: Estudios, con mayor riesgo de sesgo, directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos.

D: Consenso, comités de expertos, experiencia clínica.

Selección de recomendaciones con grado elevado:

- Se recomienda la anamnesis como método de cribado de cáncer causante de dolor lumbar. En caso de anamnesis sugestiva, es preciso confirmar el diagnóstico (A).
- No se recomienda la realización de pruebas de imagen (radiografía, RNM, TAC) en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma (A).

- Se recomienda en pacientes con dolor lumbar agudo, subagudo o crónico continuar con las actividades de la vida diaria y mantener la actividad, incluyendo la incorporación al trabajo siempre que el dolor lo permita (A).
- En las personas con dolor lumbar agudo, subagudo o crónico no se recomienda reposo en cama (A).
- En la lumbalgia subaguda y crónica inespecíficas, se recomienda la realización de ejercicio físico. El ejercicio puede ser la base fundamental del tratamiento (A).
- Se recomienda la utilización de paracetamol como primera elección en el tratamiento de la lumbalgia aguda y subaguda inespecífica, por su mejor balance beneficio/ riesgo (B).
- La lumbalgia puede tratarse con AINE durante periodos de tiempo cortos, de forma pautada y en la menor dosis posible. Cualquier AINE es igualmente eficaz en el tratamiento de la lumbalgia (B).
- En personas con dolor lumbar crónico se podría valorar la administración de relajantes musculares benzodiazepínicos, teniendo en cuenta sus efectos secundarios (B).
- Se recomienda la utilización de antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos, a dosis antidepresivas, en pacientes con lumbalgia crónica en quienes hayan fracasado los tratamientos convencionales. Deberá tenerse en cuenta su perfil de efectos secundarios antes de su prescripción (B).
- No se recomienda la utilización de corticoides sistémicos en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico (B).
- No se recomienda la utilización de vitamina B en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico (A).

Otras recomendaciones de interés:

- Se recomienda la realización de una exploración visual de la zona afectada con el fin de descartar un herpes zoster.
- Los signos de alarma en la lumbalgia son: edad >50 años, antecedentes de neoplasia, síndrome constitucional, no mejoría con tratamientos habituales, dolor en reposo, fiebre, inmunodepresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de corticoides y síndrome de cauda equina.
- En pacientes con lumbalgia con sospecha clínica de infección o neoplasia está indicada la realización de RNM, por ser la mejor prueba disponible.

- En pacientes con sospecha de fractura vertebral, osteoporótica o no, está indicada la realización de una radiografía de columna lumbar.
- Se recomienda tener en cuenta los factores predictores de mala evolución de la lumbalgia, a las cuatro semanas, en pacientes con persistencia de clínica y/o que continúan en situación de IT, aunque la presencia de estos factores de forma aislada no asegura el mal pronóstico.
- Factores predictores de cronicidad: episodios previos de dolor lumbar, edad mayor de 50 años, dolor irradiado, presencia de signo de Lasègue, incapacidad producida por el dolor al inicio del episodio, tendencias depresivas y aislamiento social o altas demandas físicas en el trabajo.
- Se debe considerar el perfil de seguridad de los AINE (en particular el riesgo gastrointestinal) y los factores de riesgo individuales (renales, cardiovasculares, posibles interacciones medicamentosas) de cada paciente a la hora de seleccionar un AINE.

Consideraciones especiales:

- La radiografía de columna lumbar no permite descartar la existencia de neoplasia e infección en pacientes con alta sospecha, porque la prueba presenta baja sensibilidad.
- La realización de radiografía de columna lumbar en pacientes con dolor lumbar inespecífico de más de 6 semanas de duración, sin otros signos de alarma, no disminuye la utilización de recursos sanitarios, el dolor ni la incapacidad a largo plazo, aunque sí produce un aumento de satisfacción de los pacientes.
- El riesgo asociado a la utilización de rayos X en Reino Unido es de 700 casos de cáncer/año. La realización de una radiografía de columna lumbar implica un alto índice de radiaciones.
- Los episodios de dolor mejoran rápidamente pero la persistencia de síntomas residuales es frecuente. La lumbalgia presenta más un curso fluctuante y recurrente que un curso autolimitado y benigno.

Las recomendaciones incluidas en este documento no son de obligado cumplimiento, ni sustituyen el juicio clínico de los profesionales sanitarios.