

Epidemiología en Acción

LUMBALGÍA: UNA DOLENCIA MUY POPULAR Y A LA VEZ DESCONOCIDA

LOW BACK PAIN: A VERY POPULAR AILMENT YET UNKNOWN.

Ana Aguilera¹
Arturo Herrera²

INTRODUCCIÓN

El término lumbalgía o lumbago se define como todo aquel dolor común de duración variable, circunscrito a la parte baja de la espalda o zona lumbar. Éste suele ser intenso y profundo, teniendo como efecto final una repercusión en la movilidad normal de la zona, debido a la sensación dolorosa.

Asimismo, el dolor lumbar es una manifestación clínica muy frecuente en la sociedad, ésta afecta tanto a hombres como a mujeres, sin importar la edad, prueba de ello es que es la segunda causa en frecuencia de visitas médicas, la quinta en frecuencia de hospitalización y la tercera en frecuencia de intervención quirúrgica. Se estima que el 70-85% de la población la padece en algún momento su vida.¹⁻³

La intensidad de la lumbalgía varía en función de las posturas o la actividad física, y suele acompañarse de limitación dolorosa del movimiento. Es importante destacar que la lumbalgía no es una enfermedad, sino más bien un síntoma que puede ocurrir por distintas razones.^{4,5}

En este orden de ideas, Escalona⁶ da a entender que la causa de esta patología es multifactorial y presenta una evolución con una característica clínica particular, donde puede ser de inicio muy rápido, el sujeto puede restablecerse por completo, presentar cuadros



Imagen tomada de: Guía de Salud Laboral 13. Confederación general del trabajo. Fesibac. Junio 2000.

recurrentes impredecibles, o ser un enfermo crónico con prolongado sufrimiento.⁷

Así, es bien conocido que ante un mismo estímulo doloroso, la percepción subjetiva que éste desencadena es muy diferente entre una persona y otra. Es por ello

¹Profesora titular. PhD en Informática médica. Centro de Análisis y Tratamiento de Datos. Facultad de Ciencia y Tecnología.

²Estudiante de Licenciatura en Computación. Facultad de Ciencia y Tecnología. Universidad de Carabobo: Correspondencia: aaguilef@gmail.com

que se pueden encontrar pacientes que, con mínimas lesiones, relatan un dolor insoportable y otros con enfermedades graves e incluso mortales que inicialmente presentan síntomas dolorosos de escasa intensidad.^{8,9}

Por lo tanto, solamente en 20% de los casos de lumbalgia es posible determinar la causa que la provoca, el otro 80% no guarda claras relaciones con los síntomas de esta patología y es por eso que no se puede atribuir el problema a una lesión específica alguna. A pesar de la utilización de pruebas complementarias, la falta de correlación entre los resultados y la historia clínica del paciente conlleva a que este 80% de casos se diagnostiquen lumbalgia inespecífica.^{2,9,10,11,12}

De manera que los síntomas clínicos propios de esta patología tienen repercusiones tanto en el área física, psicológica, social y laboral, afectados, la calidad de vida de quien la padece.^{1,11}

La afección lumbar común, debido a su prevalencia, tiene una influencia considerable en la salud pública y se ha convertido en una de las primeras causas de absentismo laboral.^{11,13} La ausencia de un trabajador debido a un dolor de espalda es apenas notoria si hay otro disponible que pueda hacer el trabajo, sin embargo, si este trabajador es mano de obra calificada, o sus responsabilidades dentro de la organización con determinantes para el funcionamiento de las actividades del departamento, su ausencia creará incomodidad, y hasta quizás, no se logren alcanzar los objetivos propuestos aún siendo ésta justificada.⁴

En la República Bolivariana de Venezuela, factores como el clima organizacional, la incorrecta alimentación de un gran sector de la población venezolana, el esfuerzo laboral altamente excesivo que realizan jóvenes, los cuales comienzan a trabajar a temprana edad y el alto grado de estrés emocional que presenta la población en general por el estado de inseguridad con altos de riesgos de violencia existente en el país, ha ayudado a la progresión de dicha dolencia y la convierte en causa frecuente de consulta de los trabajadores.¹⁴

En Venezuela, a partir del 2005, con la reforma de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT), el gobierno nacional ha venido incrementando políticas de seguridad en el Área de salud del trabajo que permitan el desempeño de una acción eficaz por parte de los empleadores y los trabajadores, con la finalidad de proteger al trabajador de accidentes y riesgos en el área laboral, además de prevenir y controlar las enfermedades ocupacionales, así como la atención al trabajador enfermo o accidentado.

Sin embargo, los casos de lumbalgia han crecido en las estadísticas nacionales de enfermedades ocupacionales de los últimos años. Datos registrados hasta el año 2006, por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL)¹⁵ refiere que esta patología ha afectado directamente de 8-16% de los trabajadores venezolanos convirtiéndola en una de las patologías más comunes desde el punto de vista ocupacional.^{16,17}

Estas estadísticas tienen gran impacto negativo para este país ya que afecta directamente la economía venezolana debido a las numerosas pérdidas económicas que directa o indirectamente afectan tanto el sector público como al privado.

En la actualidad, muchos autores^{8,10,18,19,20,21,22,23} han desarrollado investigaciones de diferentes tópicos relacionados a la lumbalgia. Este artículo tiene como objetivo proporcionar información general actualizada, sobre puntos de interés relacionadas con la lumbalgia para facilitar su comprensión y diseñar medidas de prevención.

Para ello fueron empleadas fuentes primarias como artículos científicos publicados en idioma inglés, francés y castellano sobre el tema de la lumbalgia. Se incluyen trabajos originales y de revisión en un periodo entre 1995 - 2011. Los puntos a tratar fueron: Tipos de lumbalgia más comunes, clasificada acorde a su tiempo de duración y etiología-clínica. Causas principales de la lumbalgia y tratamientos aplicados como el uso de fármaco, la cirugía y fisioterapia, la buena actividad física, el reposo en cama, la información dada al paciente.

RESULTADOS

I: Tipos de Lumbalgia

La Lumbalgia se ha clasificado de acuerdo a su tiempo de evolución y a su condición etiológico-clínica en atención a:

I. Tiempo de evolución.

Muchos autores^{10,11,24} coinciden en hacer tres grupos para clasificar la evolución de la lumbalgia, pero la falta de consenso se pone de manifiesto a la hora de intentar delimitar el periodo correspondiente a cada grupo. Cabe destacar que esta clasificación no es muy utilizada.

(a) Lumbalgia Aguda o Leve: Es la forma clínica de presentación más frecuente y se define como un cuadro

doloroso agudo en la zona lumbar de aparición brusca e intensa. Surge generalmente al agacharse para coger un peso aunque otras veces ocurre sin motivo aparente. Generalmente se inicia tras notarse un "chasquido" en la zona lumbar que sigue a un intenso dolor en esa zona, e impide a la persona afectada enderezarse y caminar. Existe controversia sobre el tiempo exacto de duración.⁷ Mientras que hay autores que consideran que estas lumbalgias son las que tienen un tiempo de evolución inferior a las 4 semanas para otros no van más allá de las de 2 semanas o incluso de la semana de evolución.^{1,13,18,24,25}

(b) Lumbalgia Sub-aguda o Moderada: Después de un episodio agudo puede existir persistencia o fluctuaciones del dolor por unas pocas semanas. Cuando el tiempo de evolución se encuentra entre las 4 y 12 semanas, las 2 y 12 semanas o incluso entre la semana y las 7 semanas se considera Lumbalgia sub-aguda o moderada.^{7,11,13,18,24,25}

(c) Lumbalgia Crónicas o Severa: Evolución crónica de un episodio agudo. El cuadro suele ser recurrente, estacional, intermitente o episódico, que aumenta con los esfuerzos y sedestación prolongada pudiendo causar incapacidades severas para quien la padece. El 73% de los pacientes afectados refieren haber tenido al menos un episodio recurrente en los primeros 12 meses. Muchos de estos enfermos muestran factores psicosociales sobreañadidos. Para unos autores serían las que tienen un tiempo de evolución superior a los 3 meses mientras que para otros serían las que superan las 7 semanas de evolución.^{7,11,13,24,25}

2. Condición Etiológico-Clínica

La Lumbalgia puede ser clasificada de diferentes tipos desde el punto de vista etiológico-clínico y engloba de forma precisa un mayor número de enfermedades.^{11,7,26,19,46}

(a) Lumbociática o Ciática Aislada: Es el cuadro doloroso que se irradia a los territorios radiculares del plexo ciático de origen lumbar y en 95% de los casos su origen está en la compresión radicular de origen discal en una o varias. Las hernias lumbares son las más frecuentes.^{11,27}

(b) Síndromes Radiculomedulares: Ciática paralizante, síndrome de la cola de caballo, síndrome de la estenosis del canal raquídeo.^{11,26}

(c) Osteomusculares¹¹:

1. Causas traumáticas: contracturas musculares, fracturas, esguinces.

2. Enfermedades inflamatorias: espondilosis anquilopoyética, artritis reumatoide, síndrome de Reiter, síndrome de Beçhet, fiebre mediterránea familiar, psoriasis, enfermedad de Whipple.

3. Anomalías en la columna vertebral:

- Congénitas: espina bífida, espondilosis, hiperlordosis.

- Degenerativas: espondilolistesis, hernia de disco, espondiloartrosis, hiperostosis anquilosante. Esta es característica en personas mayores de 60 años.

- Infecciosas: brucelosis, tuberculosis, osteomielitis vertebral.

- Metabólicas: osteoporosis, enfermedad de Paget, osteomalacia, hipertiroidismo, enfermedad de Marfán, acondroplasia.

- Tumorales: metástasis, neurinoma, meningioma.

- Hematológicas: leucemia, hemoglobinopatías, mastocitosis.

(d) Viscerales: Ocurren en lesiones correspondientes a las vísceras. de tipo:¹¹

- Renal: cólico renal, pielonefritis, hidronefrosis, tumores.

- Vascular: aneurisma aórtico, isquemia mesentérica.

- Digestivo: pancreatitis, úlcera péptica, apendicitis, colecistitis, tumores.

- Ginecológicos: embarazo, dismenorrea, endometritis, tumores.

(e) Psiquiátricas: en paciente con depresión, histeria con intensión de ganancia secundaria.¹¹

- Simulación y Hipocondría

(f) Lumbalgia Mecánica: Es aquella que mejora con el reposo y empeora con el movimiento. Ésta es la causa más frecuente de lumbalgia, corresponde a 80% de los casos diagnosticados. Se debe principalmente por sobrecarga funcional o postural por ejemplo como ocurre en el embarazo, en la mujer posparto inmediato, sedentarismo y obesidad.

1. Por alteraciones estructurales: Espondilólisis, Espondilolistesis, Escoliosis, Patología discal, Artrosis

interapofisarias posteriores, Dismetrías pélvicas, Embarazo, Sedentarismo, Hiperlordosis.

2. Por traumatismos:

- Distensión lumbar
- Fractura de compresión
- Subluxación de la articulación vertebral
- Espondilolistesis: fractura traumática del istmo.

(g) Lumbalgia no mecánica: No se modifican con el esfuerzo (no mecánico), apuntando a una causa fuera de la columna.

1. Inflammatorias: Espondiloartritis, anquilosante, Espondiloartropatías

2. Infecciosas:

- Agudas: gérmenes piógenos etiológico-clínica.
- Crónicas: tuberculosis, brucelosis, hongos.

3.- Tumorales:

- Benignas: osteoma osteoide, osteoblastoma, fibroma, lipoma.
- Malignas: mieloma múltiple, sarcoma osteogénico, osteosarcoma.
- Metástasis vertebrales: mama, próstata, pulmón, riñón, tiroides, colon. Tumores intrarraquídeos: meningioma, neurinoma, ependimoma.

4. No vertebrales y viscerales (dolor referido):

- Patología osteoarticular no vertebral: cadera, articulación sacroilíaca.
- Patología gastrointestinal: úlcus, tumores pancreáticos, duodenales, gástricos o colónicos, pancreatitis crónica, colecistitis, diverticulitis.
- Patología vascular: aneurisma disecante de aorta.
- Patología retroperitoneal: hemorragia, linfoma, fibrosis, absceso del psoas.
- Patología genitourinaria: endometriosis, embarazo ectópico, neoplasia genital, de vejiga, próstata o riñón, pielonefritis, prostatitis, urolitiasis.

5. Otras causas de lumbalgia no mecánica:

- Enfermedades endocrinas y metabólicas: osteoporosis con fracturas, osteomalacia, sacromegalia, alteraciones de las paratiroides, condrocalcinosis, fluorosis, ocronosis.
- Enfermedades hematológicas: leucemias, hemoglobinopatías, mielofibrosis, mastocitosis.
- Miscelánea: enfermedad de Paget, artropatía neuropática, sarcoidosis, enfermedades hereditarias.
- Fibromialgias y problemas psiconeuróticos.

Factores relacionados con la lumbalgia.

Entre las principales causas que dan origen a esta patología.

1 Causas Físicas.

Existen ciertas condiciones que pueden propiciar el dolor lumbar o dolor en la espalda baja, entre ellos se encuentra la edad, el sexo, la talla, el sobrepeso, el tabaquismo, la nacionalidad y la actividad física.^{1,28}

a) Edad:

La edad, parece ser determinante, pues se ha demostrado que los episodios más frecuentes de dolores lumbares se presentan en personas en edad productiva, es decir entre los 20 y los 55 años, presentándose con más frecuencia alrededor de los 30 años. Por lo general, los trabajadores jóvenes son los que presentan mayor riesgo para la adquisición de dolor en el trayecto del nervio ciático, muchos son diagnosticados como casos de ciática, mientras que los trabajadores mayores se quejan de dolores indefinidos.^{11,12,28}

b) Sexo:

Con respecto al sexo existen muchas interrogantes, por un lado hay estudios que encuentran un predominio masculino, mientras que otros encuentran todo lo contrario. En muchos casos se ha considerado un factor impreciso y se concluía que el sexo no era una variable predictiva de la lumbalgia, sin embargo el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, revela que los hombres están más propensos a sufrir de dolores lumbares.^{1,5,8,11,12,28,29}

c) Talla y Sobrepeso:

Pareciera existir, una relación estrecha entre la talla, el sobrepeso y la frecuencia dolores lumbares,

aunque no puede tomarse como indicadores definitivos ya que los estudios no están completamente aclarados. La obesidad constituye el problema nutricional más frecuente de nuestra época. Shirl y col. y Torres Vaca y col., encontraron que el riesgo de sufrir lumbalgía es de 1.5 veces más si los sujetos, hombres o mujeres, son obesos ya que predispone al dolor de espalda. La carga que soportan la quinta vértebra lumbar y el sacro, y el correspondiente disco, es cinco veces superior en una postura incorrecta que en una postura correcta.^{1,5,8,11,18, 28}

d) Tabaquismo:

Por su parte, el tabaquismo que constituye un problema importante de salud a nivel mundial y ha sido asociado con el desarrollo de diversas patologías en este caso, hasta el momento no puede ser tomado como un determinante. Algunos investigadores^{1,5} han estudiado una posible asociación entre tabaquismo y la lumbalgía, pero los resultados generados hasta ahora son discutidos. En cambio documentaron que el tabaquismo constituye un factor de riesgo importante para la hospitalización de los pacientes con esta patología. La relación entre tabaquismo y lumbalgía requiere de mayor investigación.⁴⁵

e) País o región:

Resulta interesante observar que la prevalencia del dolor de espalda varía según el país, así por ejemplo, en Taiwán se comprobó que era en torno al 19%, en Alemania aproximadamente el 44,9%; mientras que en Inglaterra era el 17,8%. También se comprobó que había diferencias importantes dentro de cada país asociadas al área o región valorada.

Estas diferencias se deben al hecho de que las vivencias culturales, a pesar de no afectar a los mecanismos biológicos que desencadenan la aparición del dolor, pueden tener una clara repercusión en la forma que se afecta la vida diaria y en las estrategias para afrontarlo o limitar su impacto en la calidad de vida. Prueba de ello, es que según un estudio realizado por REIDE (Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda), los factores que afectan a la restricción de la actividad cotidiana de los pacientes españoles, son distintos de los de anglosajones y nórdicos. Así, mientras que en nórdicos y anglosajones el dolor sólo explica el 14% de la incapacidad y el miedo el 32%, en los pacientes españoles el principal determinante de la incapacidad es el dolor, que explica el 33% de la restricción de la actividad, mientras que el miedo a sus causas y consecuencias sólo explica el 6%.

Además, a diferencia de lo que ocurre con los pacientes anglosajones, en los españoles el miedo no predice la evolución de la incapacidad e influye menos de un 5% en la calidad de vida del paciente. Esas diferencias, según los expertos, se deben a aspectos culturales, ya que la cultura mediterránea genera una actitud mental más sana con relación a la restricción de la actividad por dolor de espalda. Estas diferencias culturales pueden ser también, la causa de las diferencias presentes entre hombres y mujeres en función del país en el que se realiza el estudio.^{11,20}

f) Condiciones Físicas:

Se habla de que una persona con buenas condiciones físicas, pueden realizar y concluir su labor sin llegar a presentar problemas lumbares, por el contrario, una persona con mala condición física, no posee buena flexibilidad, lo que lo puede conllevar a padecer episodios de dolores lumbares.^{1,5,8,11,28}

2. Causas Ocupacionales

Primeramente hay que aclarar que la lumbalgía ocupacional es aquella en la cual el dolor en la zona lumbar es causado por alteraciones de las diferentes estructuras que forman la columna vertebral a ese nivel, como ligamentos, músculos, discos vertebrales, vértebras o por las estructuras adyacentes a la misma y que producen limitación de la actividad laboral normal del trabajador, siendo su etiología los factores fisiológicos y/o disergonómicos relacionados con el trabajo.

Existen diversos factores que incrementan la probabilidad de ocurrencia de episodios lumbares como lo son:

- El trabajo físicamente pesado.
- Las posturas de trabajo estáticas.
- El trabajo repetitivo sin descanso.
- Las flexiones y giros frecuentes del tronco.
- Los levantamientos y movimientos bruscos.
- Las vibraciones con la ocurrencia o presencia de dolores lumbares.^{8,9,11,18,21,28,30,31,}

3. Causas psicosociales

Se ha demostrado que los aspectos psicosociales del trabajo causan un mayor número de problemas de espalda en el trabajo que los aspectos físicos, siendo los aspectos psicológicos y sociales importantes indicadores de riesgo de lumbalgía y de su recuperación. En los pacientes aquejados de lumbalgía se ha

demostrado que existe una mayor prevalencia de depresión, ansiedad, abuso de sustancias y somatizaciones si se compara con la población general. Esto trae como consecuencia, la incapacidad y reducción de la actividad productiva del paciente durante un periodo largo de tiempo, incluido la pérdida de trabajo y el constante dolor intenso [8] [11] [30] [31] [32]. Aquí se presentan los grupos más importante de causas psicosociales:

a) Actitudes y creencias:

- Creer que la lumbalgía es un cuadro peligroso o que puede producir una minusvalía unido a conductas de evitación como la vigilancia y el temor frente al movimiento.
- Creer que cualquier dolor debe desaparecer totalmente antes de plantearse la vuelta al trabajo o a la actividad normal.
- Interpretaciones catastróficas de los síntomas corporales, pensando siempre lo peor.
- Creer que el dolor es incontrolable.
- Actitudes pasivas frente a la rehabilitación.

b) Comportamientos:

- Permanecer largo tiempo en reposo.
- Reducir el nivel de actividad hasta abandonar las actividades de la vida diaria.
- Baja participación y cumplimiento de los ejercicios físicos.
- Evitar la actividad normal y adoptar progresivamente un estilo de vida alejado de la actividad productiva.
- Dolor de intensidad por encima de 10 en una escala analógica visual de 1 a 10.
- Excesiva confianza y dependencia de la asistencia o de los aparatos.
- La calidad del sueño se ha reducido desde el inicio del dolor.
- Incremento importante del consumo de alcohol o de otras sustancias como los medicamentos desde que comenzó el dolor.
- Hábitos de Fumar.

c) Mecanismos de compensación:

- Falta de incentivo económico para volver al trabajo.

- Antecedentes de reclamaciones o de bajas laborales de más de tres meses, especialmente si están relacionadas con una lumbalgía.

- Experiencia previa de un proceso de atención ineficaz.

- Experiencia previa de información confusa o catastrófica sobre el diagnóstico de un episodio de lumbalgía.

- Número de visitas a la consulta en el año previo, excluidas las debidas al episodio actual de dolor lumbar.

- Advertencia de abandono del trabajo.

d) Emociones:

- Miedo de que el dolor se incremente con la actividad o el trabajo.
- Tristeza y otros síntomas depresivos: irritabilidad, sentimientos de inutilidad.
- Ansiedad y estado de alerta frente a sensaciones corporales.
- Sentimientos de estrés y de incapacidad para mantener el control.
- Ansiedad o falta de interés por las actividades sociales.

e) Familia:

- Sobreprotección de la pareja o la familia, generalmente bien intencionada, resaltando miedos y posibles consecuencias graves o asumiendo responsabilidades del paciente.
- Respuestas punitivas de la familia, por ejemplo, ignorando o expresando frustración.
- Falta de apoyos familiares, en forma de tentativas, para volver al trabajo.
- Falta de soporte familiar para poder hablar del problema.

f) Trabajo:

- Historia de trabajos manuales especialmente en los siguientes grupos: construcción, ocupaciones relacionadas con el cuidado de personas, transporte, industria.
- Historia de trabajo relacionada con cambios frecuentes, estrés, insatisfacción, falta de vocación.

- Creer que el trabajo puede ser dañino o peligroso para su salud.
- Ambiente de trabajo estresante.
- Demandas biomecánicas importantes como levantar pesos, estar largo tiempo de pie o manteniendo determinadas posturas, conducir, vibraciones, o calendarios rígidos que no alternan descansos.
- Trabajar por la noche, en festivos o a turnos.
- Capacidad mínima para retomar determinadas ocupaciones u obligaciones dirigidas al retorno a la actividad laboral.
- Experiencia negativa sobre la gestión de la lumbalgía en su lugar de trabajo.³⁰

4. Otras causas

La lumbalgía puede ser causada también por un traumatismo intenso, como un accidente o como un esfuerzo muscular importante en donde se pueden lesionar las estructuras blandas o duras de la columna. Otra causa puede ser por trastornos degenerativos de la columna lumbar como la artrosis de las vértebras lumbares, la discopatía o protrusiones discales, las cuales pueden favorecer la aparición de contracturas en la zona.

II. Tratamientos

En esta sección se desarrollarán los tratamientos más comunes aplicados a los pacientes que presentan lumbalgía.

1. Dar información positiva y tranquilizadora al paciente: Se recomienda educar al paciente con explicaciones verbales, materiales impresos, direcciones electrónicas, etc. Esto con la finalidad de que el paciente disminuya los temores, la ansiedad, cambie la percepción sobre su problema, baje la limitación de sus actividades diarias y mejore la actitud ante el tratamiento a realizar.^{5,7,13,30}

2. Evitar el reposo en cama: Salvo en los primeros días en que el dolor puede ser severo e invalidante, no está indicado hacer reposo. Existen evidencias suficientes para afirmar que el reposo en cama es menos eficaz que cualquier otra alternativa terapéutica, incluso el reposo en cama prolongado ha demostrado ser dañino. Así pues, no debe recomendarse y debería limitarse a los pocos días en los que el paciente normalmente tiene dolor severo al moverse (generalmente menos de 4 en la escala EVA).^{5,7,13,30,33}

3. Mantener el mayor grado posible de actividad física:

Mantener el mayor grado de actividad física diaria que le permita el dolor al paciente, incluso intentar realizar todas aquellas cosas que el paciente normalmente haría. Esto lo beneficia porque disminuye los síntomas, baja el riesgo de la cronicidad y reduce el tiempo de incapacidad. Es importante también señalar que en las etapas tempranas de la recuperación es conveniente el evitar deportes de contacto extremo y aquellos que requieren cargas pesadas en la espalda. Ya que es improbable que el realizar actividades deportivas intensas dañe la espalda, pero puede producir dolor.

También es importante el discutir las actividades laborales, en especial aquellas que requieren levantar cargas pesadas o movimientos extremos, ya que puede ser necesario el modificar dichas actividades por un tiempo.^{5,7,13,30}

4. Usos de fármacos, fisioterapia y cirugía:

(a) Medicamentos.

Varios medicamentos pueden ser usados para ayudar a aliviar su dolor:

- Aspirina o acetaminofeno pueden aliviar el dolor con pocos efectos colaterales.
- Medicamentos antiinflamatorios no esteroides como ibuprofeno o naproxeno reducen el dolor y la inflamación.
- Medicamentos narcóticos para el dolor, como codeína o morfina pueden ayudar.
- Los esteroides por vía oral o inyectada en su columna, entregan una alta dosis de antiinflamatorios.

(b) Fisioterapia.

La lumbalgía puede ser discapacitante. Los medicamentos y tratamientos combinados a menudo alivian el dolor de manera el paciente pueda realizar todas las cosas que desee hacer.

- Fisioterapia puede incluir modalidades pasivas como calor, hielo, masaje, ultrasonido u estimulación eléctrica. Una terapia activa consiste de estiramientos, levantamiento de pesas y ejercicios cardiovasculares. Ejercitar para restaurar el movimiento y la fuerza a su área lumbar puede ser beneficioso en el alivio del dolor.
- Abrazaderas se usan con frecuencia. La abrazadera más común es una tipo corsé que puede colocarse

alrededor de la cintura y el estómago. Las abrazaderas no son siempre beneficiosas, pero personas reportan que se sienten más cómodas y estables al usarlas.

- Quiropráctica o terapia de manipulación se suministra en varias formas. Algunos pacientes sienten alivio de su lumbalgia con estos tratamientos.

- Tracción se usa a menudo, pero no hay evidencia científica de su efectividad.

- Otros programas basados en el ejercicio, como Pilates o yoga son beneficiosos para algunos pacientes.^{5,7,11,13}

(c) Cirugía.

La cirugía para la lumbalgia debería considerarse solamente cuando se realizaron y fallaron las opciones de tratamiento no quirúrgico. Es mejor tratar opciones no quirúrgicas durante 6 meses a un año antes de considerar la cirugía.

La cirugía no es la última opción de tratamiento "cuando todo lo otro falla". Algunos pacientes no son candidatos para cirugía, a pesar que padecen un dolor significativo y otros tratamientos no funcionaron. Algunos tipos de lumbalgia crónica simplemente no pueden tratarse con cirugía.

Además, la cirugía debería considerarse solamente si su médico puede ubicar la causa de su dolor.^{7,11,24,33}

5. Historia clínica

Uno de los retos más importante en el diagnóstico de la lumbalgia, es diferenciar al 95% cuyo origen son procesos musculoesqueléticos benignos del 5% cuya lumbalgia es producida por enfermedades específicas que precisan un rápido y adecuado tratamiento. Esto tomando en cuenta que en el 80% aproximadamente de los casos no será posible llegar a un diagnóstico específico.

La mayoría de las alteraciones de la lumbalgia inespecíficas son hallazgos casuales, que no son la verdadera causa del dolor y no aumentan el riesgo de presentación en los 25 años siguientes. Teniendo en cuenta todo esto, el médico no debe perder tiempo en pruebas complementarias, que salvo excepciones, no reportan nada. Lo más aconsejable es hacer una buena historia clínica y exploración física para descartar aquellas situaciones, que a pesar de ser poco frecuentes, pueden entrañar gravedad.¹¹

La historia médica de un paciente puede proveer mayores pistas para un diagnóstico potencial. Los

componentes esenciales de una historia clínica incluyen comienzo, cronología, localización, radiación del dolor, factores que disminuyen o agravan el dolor, y los síntomas asociados.³⁴

Es importante conocer los factores predictivos en este tipo de lumbalgias. Sabemos que una historia de lumbalgia es un potente indicador de que en ese mismo año exista un segundo episodio de lumbalgia, por tanto las recurrencias en las lumbalgias inespecíficas es un dato que se debe tener en cuenta y está muy relacionado con la historia natural de este proceso. Es por ello que la historia clínica debe ser evaluada en intervalos apropiados hasta que la mayoría de los síntomas resuelvan y el paciente renueve sus actividades usuales.^{2,5,7}

Este tipo de historia clínica facilita al médico general un abordaje integral desde el inicio del tratamiento, y al especialista, abordar las personas con esta patología cuando existe una real indicación por la complejidad de la misma, optimizando así recursos técnicos y administrativos, contribuyendo de ésta manera a la sostenibilidad económica del Sistema de Seguridad Social a mediano y largo plazo.^{11,24}

CONCLUSIÓN

Aunque la lumbalgia no se trate de una enfermedad que amenace la vida del paciente, por lo incómoda y dolorosa que resulta ser, es un motivo importante de ausentismo laboral, de grandes costos y de gran pérdida del potencial productivo de la persona.

Actualmente la lumbalgia se está presentando, como un problema significativo, debido al incremento de pacientes que lo padecen. De este modo resulta necesario adoptar medidas de prevención, ya que al momento que la misma se desarrolle, es más difícil ubicar el diagnóstico y su tratamiento es complicado. Esta situación genera límites a la vida activa de quienes la contraen.

Los síntomas que presentan los pacientes, no tienen características específicas, y pueden ser confundidas con otras dolencias similares. Los datos disponibles sugieren que se abusa de procedimientos cuyos beneficios y riesgos son inciertos, mientras que se reutilizan otros que han demostrado ser más eficaces, seguros, efectivos y/o eficientes.

Es por ello, que en los últimos años se han desarrollado en diversos países guías de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica. Desde que se elaboraron las primeras en América y el Reino Unido (Quebec Task Force 1987, Bigos 1994, CSAG Committee on Back Pain 1994), se han registrado más de 30 nuevas "Guías de Práctica Clínica" que afirman estar basadas en la evidencia científica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Saldívar G. Atenógenes H., Joffre V. Víctor M., Barrientos G. Ma. Del Carmen, Lin O. Dolores, Vázquez N. Francisco, Llanes C. Arturo. Factores de riesgo y calidad de los enfermos que sufren lumbalgia. Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad. 2010; 1:1-25.
- 2) Peña Sagredo J.L., P. Brieva B., Peña Martín C., Humbría Mendiola A. Unidades de espalda: Un modelo multidisciplinario. Rev Esp Reumatol. 2002; 29:499-502.
- 3) Gunnar A. Epidemiological features of chronic low-back pain. Lancet. 1999; 354:581-85.
- 4) Ehrlich G. E. Low back pain. Bulletin of the World Health Organization. 2003; 81:671-676.
- 5) Pérez Irazusta I., Alcorta Michelena I., Aguirre Lejarcegui G., Aristegi Racero G., Caso Martínez J., Esquisabel Martínez R., et al. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. GPC 2007; 1:1-162.
- 6) De Yanes E. Escalona. Factores de riesgos ocupacionales y consideraciones de género en los estudios epidemiológicos de las lumbalgias. Revista salud de los Trabajadores. 2000; 8:51-76.
- 7) Quirós A. S. y Muñoz E. J. P. Tratamiento de lumbalgia aguda. Departamento de Farmacoepidemiología. 2005; 1-26.
- 8) Vargas M., y Nogales O. Lumbalgia inespecífica: condición emocional y calidad de vida. Centro Regional de Investigación en Psicología. 2011; 5:41-47.
- 9) Peña Sagrado C., Peña B., B. Pérez Núñez M. y Humbría Mendiola A. Fisiopatología de la lumbalgia. Rev. Esp. Reumatol. 2002; 29:483-8.
- 10) Pérez Guisado, J. Lumbalgia y ejercicio físico. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. 2006; 6:230-247.
- 11) Pérez Guisado, J. Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. Rev. Cubana Ortop. Traumatol. 2006; 20.
- 12) N.J. Manek, A.J. MacGregor. Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis. Curr. Opin. Rheumatol. 2005; 17:134-40.
- 13) Bardillo Mateos C., Rodríguez Cardoso A. y Herrero Pardo de Dolebun M. Tratamiento de la lumbalgia. 2000.
- 14) Vilar Hernandez R.V., Alvarez Rodríguez y Rivas Hidalgo. Resultados de las experiencias logradas por la colaboración conjunta Barrio Adentro Deportivo y Médico a la aplicación de la preparación física especializada y la medicina naturalista tradicional para aliviar las enfermedades crónicas no transmisibles como nuevo proyecto de trabajo realizado en el estado Aragua República Bolivariana de Venezuela. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires. 2011; 15. Disponible en URL (<http://www.efdeportes.com/>).
- 15) República Bolivariana de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para el Trabajo y la Seguridad Social. Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad laborales (2008). Registro de Enfermedades profesionales 2002 al 2006. Extraído el 15 de Septiembre, 2011 de la siguiente Disponible en URL: (http://www.inpsasel.gov.ve/moo_medios/sec_estadisticas.html).
- 16) Yanes L. La salud de los trabajadores en el marco del proceso político venezolano: impacto de la reforma de la ley orgánica de prevención, condiciones y medio ambiente de trabajo. Salud de los Trabajadores. 2008; 16.
- 17) Venezuela. Asamblea Nacional. (2005). Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT). Publicada en Gaceta Oficial No 38.236, de fecha 26 Julio, 2005. Caracas: Imprenta Nacional.
- 18) Moreno E. Bernabé, Arroyo M. Manuel. Tratamiento y prevención de lumbalgia a través de fisioterapia basado en un sistema web. 2011.
- 19) Palomo ML, Rodríguez A, Barquinero C. Clasificación etiológica y clínica. Lumbalgias. Jano. 2001; 14:84.
- 20) Guo HR, Chang YC, Yeh WY, Chen CW, Guo YL. Prevalence of musculoskeletal disorder among workers in Taiwan: a nationwide study. J Occup. Health. 2004; 46:26-36.
- 21) Frank J. W., Pulcins Indra R., Kerr Mickey S., Shannon Harry S. y Stansfeld Stephen A. Occupational back pain - an unhelpful polemic. Scand J Work Environ Health. 1995; 21:3-14.
- 22) Sola Y. Larumbe, González A. Martínez, Martínez J. Gancedo, García J. Ceña. Lumbalgia Aguda en Atención Primaria. Semergen. 1996; 23:558-562.
- 23) G. T. Jones, G. J. Macfarlane. Epidemiology of low back pain in children and adolescents. Arch. Dis. Child. 2005; 90:312-316.
- 24) Álvarez G. M., Dirección Gestión médica y Red. Asistencial SURATEP. Guía de atención dolor lumbar. 01-50.
- 25) Kovacs F. Manejo clínico de la lumbalgia inespecífica. Semergen. 2002; 28:1-3.
- 26) Magna P, Granados JA, Sáez M. Lumbalgia. Jano. 2002; 63:45-9.
- 27) J. Roig García, E. García Criado, M. Torres Trillo. Lumbalgia y lumbociática aguda. Su manejo como urgencia en Atención Primaria. Semergen. 1996. 23:487-491.
- 28) Hómez S. C. Guía para la identificación de factores de riesgo biomecánicos causantes de lumbalgia ocupacional en personal de enfermería de áreas críticas de un hospital público. 2005.

- 29) Wijnhoven HA, de Vet HCW, Picavet HSJ. Sex differences in consequences of musculoskeletal pain. *Spine*. 2007; 32:1360-1367.
- 30) Ávila A. Mario A. y Palomo G. José M. Lumbalgía inespecífica: la enfermedad del siglo XXI. Abordaje terapéutico de enfermería. *Revista científica HYGIA de enfermería*. 2010; 75:5-9.
- 31) Noriega E. M., Barrón S. A., Sierra M. Octavio, Méndez R. I. Pulido N. M. y Cruz F. C. La polémica sobre las lumbalgias y su relación con el trabajo: estudio retrospectivo en trabajadores con invalidez. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2005; 21:887-897.
- 32) J Hartvigsen, S Lings, C Leboeuf-Yde, L Bakketeig. Psychosocial factors at work in relation to low back pain and consequences of low back pain; a systematic, critical review of prospective cohort studies. *Occup Environ Med*. 2004; 2:1-10. Disponible en URL: (<http://www.occenvmed.com/cgi/content/full/61/1/e2>).
- 33) Castro D. M. P. y González A. L. Lumbalgía. *Guías Clínicas*. 2002; 2:1-3.
- 34) Bernard K. *Clinical Signs of Low Back Pain*. Turner White Communications Inc., Wayne, PA. 2003; 39-56. Disponible en URL: (www.turner-white.com).
- 35) J. Cid, J. de Andrés, E. Reig, C. del Pozo, A. Cortés y J. J. García-Cruz. Cervicalgias y lumbalgía mecanicodegenerativas. Tratamiento conservador. Actualización. *Rev. Soc. Esp. Dol*. 2001; 2:79-100.
- 36) Hidalgo G. Indicaciones de los estudios neurofisiológicos en el dolor lumbar. *Rev Neurol*. 2006; 43:618-620.
- 37) Champin M. Denisse. Lumbalgía. *Rev. Soc. Per. Med. Inter*. 2004; 17:50-56.
- 38) *Guía de Salud Laboral. El lumbago*. Fesibac 2000.
- 39) Chavarria B. Y., Flores E. S., Martínez Guadalupe. Lo que el médico en genera debe saber sobre lumbalgía inespecífica. *Rev. Med. Hondur*. 2009; 77:75-81.
- 40) Valdetarro A., Felici F. Resek M. Tratamiento de la lumbalgía en la ciudad del rosario. 2002.
- 41) Fundación Kovacs. European Commission. Guía de práctica clínica: Lumbalgía inespecífica. Versión española de la guía de Práctica Clínica del Programa Europeo COST B13. 2005.
- 42) M.L. Palomo, A. Rodríguez y C. Barquinero. Clasificación etiológica y clínica. *Lumbalgias*. *Jano*. 2001; 14:1-4.
- 43) Bourigua I, Simoneau E., Leteneur S., Gillet C. y Barbier F. *Revue de la littérature La lombalgie chronique: Définitions, Evaluation et Traitement*. *Revue Lavoisier*. 2009; 30:1-30.
- 44) Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between smoking and low back pain: a meta-analysis. *Am J Med*. 2010 Jan;123(1):87.e7-35. doi: 10.1016/j.amjmed.2009.05.028.
- 45) Leboeuf-Yde C., Lemeunier N., Wedderkopp N, Kjaer P. Evidence-based classification of low back pain in the general population: one-year data collected with SMS Track. Springer Verlag Ed. *Chiropractic & Manual Therapies*© Leboeuf-Yde et al.; licensee BioMed Central Ltd. 2013.

Recibido: Enero, 2013
Aprobado: Septiembre, 2013