

Patología lumbar

Guía de Fisioterapia

Patología lumbar

Guía de Fisioterapia

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 151

Autores

Susana Barrachina Serrano
Felisa Capitán Alberni
Fina Soler Lahosa

Coordinación

Dirección de Asistencia Sanitaria

Diseño

Dirección de Comunicación

Actualización julio 2016

Javier Campayo Caballero
Isabel Lucas Muñoz
Raquel Molano García
Laura Puebla Moreno

Índice

1.	Concepto de la patología lumbar	4
2.	Clases y características de la lumbalgia	4
3.	Epidemiología de la lumbalgia	5
4.	Factores de riesgo	5
5.	Valoración de Fisioterapia	6
6.	Objetivos	7
7.	Algoritmo para el tratamiento fisioterápico de la lumbalgia	8
8.	Pauta de tratamiento de Fisioterapia en lumbalgia	9
9.	Recomendaciones al paciente	12
10.	Bibliografía	15
11.	Anexo I	17
12.	Anexo II	18

1. Concepto de la patología lumbar

Dolor localizado en la región lumbosacra, con ausencia de radiculalgias o con irradiación eventual a la región glútea y la parte proximal posterior de los muslos (sin sobrepasar las rodillas). Cuando al cuadro doloroso se añade un compromiso radicular, entonces la lumbalgia pasa a ser llamada lumbociatalgia, presentando dolor referido en miembros inferiores.

En el 90% de los casos las causas de las lumbalgias son inespecíficas y el dolor no se debe a traumatismos directos, fracturas ni afecciones que puedan causar dolor lumbar como espondilitis, afecciones neoplásicas, neurológicas, infecciosas, vasculares, endocrinas, metabólicas o ginecológicas.

2. Clases y características de la lumbalgia

Lumbalgia tipo I

- Lumbalgia inespecífica aguda de aparición reciente, donde normalmente existe un factor desencadenante claro y relacionado con una mala postura. En este tipo de lumbalgia no se identifican signos de alarma y suele mejorar con el tratamiento médico y fisioterápico.

Lumbalgia tipo II

- Lumbalgia de tipo I en la que no se ha conseguido mejorar tras los 12 primeros días de tratamiento. Sin aparición de signos de alarma, sin una variación clara de la sintomatología ni aparición de signos radiculares. Se considera una lumbalgia inespecífica subaguda, donde realizaremos una reevaluación del paciente y una revisión del tratamiento de fisioterapia.

Lumbalgia tipo III

- Lumbalgia en la que se identifican varios signos de alarma que hacen temer que se trate de una lumbalgia secundaria que puede derivar a una patología grave, como procesos infecciosos que cursan con fiebre, traumatismos graves, afecciones neoplásicas (sobre todo en pacientes jóvenes y con gran pérdida de peso), vasculares, ginecológicas, enfermedades inflamatorias como la espondilitis anquilosante, síndrome de la cauda equina, entre otras.

Lumbociatalgia

- Lumbalgia con síntomas irradiados a las extremidades inferiores, de evolución más larga, que normalmente tiene un diagnóstico morfológico de lesión; aspecto mucho menos frecuente en la lumbalgia simple. No obstante, sería bueno establecer un diagnóstico diferencial para objetivar la causa que provoca la irradiación.

Sospechamos de dolor radicular cuando:

- El dolor en una pierna es más intenso que el dolor en la espalda
- El dolor se irradia generalmente por el pie o los dedos
- Parestesias con la misma distribución que el dolor
- Signos de irritación radicular (Lasègue, Bragard,...)
- Cambios motores, sensoriales o en los reflejos, limitados al territorio de un nervio

3. Epidemiología de la lumbalgia

El dolor lumbar es extraordinariamente frecuente en nuestra sociedad, calculándose que entre un 70% y un 80% de la población lo experimenta alguna vez en su vida.

Durante el año 2014, en Asepeyo se produjeron 18.241 visitas relacionadas con la patología lumbar a nivel nacional, de las que el 12% recibieron tratamiento de fisioterapia (84% de baja laboral), suponiendo el 7,8% del total de pacientes atendidos en este servicio. En el subconjunto de pacientes con lesiones de columna la participación de la lumbalgia inespecífica se elevaba hasta el 78,4%, causando baja en el 81% de los casos. Estos datos ponen de manifiesto que la lumbalgia es una de las principales causas de absentismo laboral.

4. Factores de riesgo

1. Factores psicosociales laborales

2. Factores físicos

- vibraciones
- levantar o tirar de pesos
- flexión y/o torsión de tronco
- trabajo en posturas estáticas

3. Factores individuales

- antropometría
- edad
- sexo, etc...

4. No se ha encontrado suficiente evidencia científica para relacionar el deporte, la obesidad, el tabaco, el sedentarismo, ni trabajar en sedestación como factores de riesgo para la lumbalgia, pero se sigue recomendando abandonar los hábitos tóxicos y realizar actividad física moderada como prevención

5. Valoración de Fisioterapia

El diagnóstico de fisioterapia es un proceso de análisis de las deficiencias e incapacidades, con el objetivo de establecer un programa de tratamiento en función de las necesidades observadas. Los parámetros a valorar en el caso de la **lumbalgia** son:

1. Anamnesis
2. El dolor, a través de las escalas de valoración: Escala Visual Analógica (EVA) o la Escala de Incapacidad Funcional (EIFEL)
3. Inspección física: posturas antiálgicas, aumento o desaparición de la lordosis fisiológica, atrofas/hipertonías y valoración de la marcha
4. La movilidad, a través de un examen físico orientado a conocer la calidad y armonía de los movimientos en todas sus dimensiones y, eventualmente, con el test de Schöber
5. El segmento móvil que provoca el dolor, a través del examen segmentario de tejidos blandos, celulalgias, mialgias y dolores tenoperiósticos
6. La fuerza y resistencia musculares
7. Detección de puntos gatillos miofasciales causantes de dolor referido
8. La coordinación

En la **lumbociatalgia**, la valoración incorporará, también:

1. Evaluación de la marcha. Marcha en puntillas y talones
2. Exploración metamérica
 - dermatoma
 - miotoma
 - esclerotoma
3. Signos de irritación radicular (Lasègue, Bragard,...)
4. Diagnóstico diferencial con trayectos de puntos gatillo miofasciales/radiculalgias
5. Reflejos osteotendinosos y patológicos

6. Objetivos

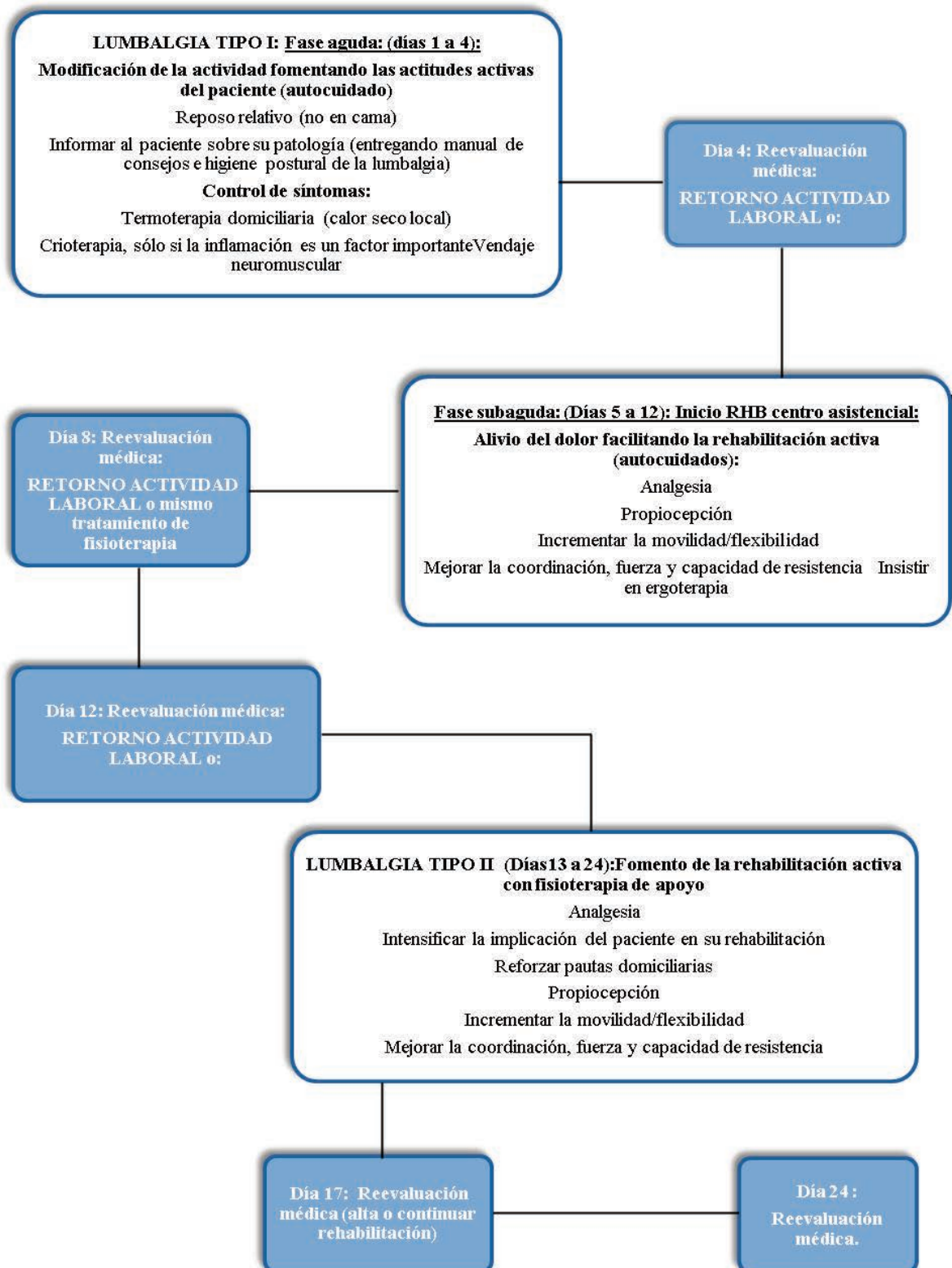
Generales

- Implicar al paciente
- Aliviar el dolor
- Conseguir una buena funcionalidad de la columna vertebral
- Evitar las recaídas
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Informar a su médico si se detectan posibles factores psicosociales laborales que influyen o perpetúan la lumbalgia para, en la medida de lo posible, poder solventarlos.

Específicos

- Mejorar la movilidad
- Entrenamiento y reequilibrio muscular para estabilización de la columna lumbar
- Toma de conciencia: propiocepción
- Reeducación e higiene postural
- Enseñar al paciente autocuidados, pautas domiciliarias y laborales (acorde a su puesto de trabajo)

7. Algoritmo para el tratamiento Fisioterápico de la lumbalgia



8. Pauta de tratamiento de fisioterapia en lumbalgia

“El fisioterapeuta seleccionará las técnicas que crea convenientes dentro de las recomendadas”

Lumbalgia tipo I

Fase I - Aguda (días 1 al 4)

- **Analgesia**

- Termoterapia superficial
- Electroterapia antiálgica
- Masoterapia
- Técnicas de relajación basadas en respiración diafragmática
- Estiramiento del diafragma
- Vendaje neuromuscular (Ver anexo I)

- **Mejorar la movilidad articular**

- Respiración diafragmática
- Cinesiterapia activa libre de MMSS y MMII

- **Tratamiento de la musculatura**

- Tratamiento de puntos gatillo miofasciales
- Masoterapia decontracturante

- **Programa de Fisioterapia activa**

- Reconocimiento esquema corporal
- Técnicas de relajación
- Ergonomía e higiene postural

- **Otras técnicas (específicas)**

- Fibrolisis diacutánea

Fase II - Subaguda (días 5 al 12)

- **Analgesia**

- Termoterapia superficial y profunda
- Electroterapia antiálgica

Masoterapia decontracturante y del tejido conectivo y fascial
Vendaje neuromuscular (Ver anexo I)

- **Mejorar la movilidad articular**

Movilizaciones activas de columna, miembros superiores y miembros inferiores
Reeducación propioceptiva de colocación pelvilumbar
Terapia manual

- **Tratamiento de la musculatura**

Autoestiramientos activos
Respiración diafragmática
Tonificación de la faja lumbosacra con isométricos de oblicuos, transversos, glúteos, multifidos y trabajo activo del periné (método Pilates, por ejemplo)
Tratamiento de puntos gatillo miofasciales
Reequilibrio específico del tono muscular del psoas, cuadrado lumbar, piramidal y diafragma

- **Trabajo neural**

Movilización neuromeníngea y con pautas para realización en domicilio

- **Programa de fisioterapia activa**

Autocorrección postural frente al espejo
Reforzar la ergonomía, sobre todo la relativa a las actividades de la vida diaria
Enseñar pauta individualizada de ejercicios domiciliarios
Proponer al paciente ejercicio suave e indoloro acorde a sus preferencias, morfotipo y tolerancia (natación, paseos, Pilates,...)

- **Otras técnicas (específicas)**

Técnicas invasivas para tratamiento de PGM (Circular C-051/14)
Acupuntura (Circular C-051/14)
Fibrolisis diacutánea

Lumbalgia tipo II

Fase I - Aguda (días 1 al 4)

- **Analgesia**

Termoterapia superficial
Electroterapia antiálgica
Masoterapia

Técnicas de relajación basadas en respiración diafragmática
Estiramiento del diafragma
Vendaje neuromuscular (Ver anexo I)

- **Mejorar la movilidad articular**

Respiración diafragmática
Cinesiterapia activa libre de MMSS y MMII

- **Tratamiento de la musculatura**

Tratamiento de puntos gatillo miofasciales
Masoterapia descontracturante

- **Programa de fisioterapia activa**

Reconocimiento esquema corporal
Técnicas de relajación
Ergonomía e higiene postural

- **Otras técnicas (específicas)**

Fibrólisis diacutánea

Fase II - Subaguda (días 5 al 12)

- **Analgesia**

Termoterapia superficial y profunda
Electroterapia antiálgica
Masoterapia descontracturante y del tejido conectivo y fascial
Vendaje neuromuscular (Ver anexo I)

- **Mejorar la movilidad articular**

Movilizaciones activas de columna, miembros superiores y miembros inferiores
Reeducación propioceptiva de colocación pelvilumbar
Terapia manual

- **Tratamiento de la musculatura**

Autoestiramientos activos
Respiración diafragmática
Tonificación de la faja lumbosacra con isométricos de oblicuos, transversos, glúteos, multifidos y trabajo activo del periné (Pilates, por ejemplo)

Tratamiento conservador puntos reequilibrio específico del tono muscular del psoas, cuadrado lumbar, piramidal y diafragma

- **Trabajo neural**

Movilización neuromeníngea y con pautas para realización en domicilio

- **Programa de fisioterapia activa**

Autocorrección postural frente al espejo

Reforzar la ergonomía, sobre todo la relativa a las actividades de la vida diaria

Enseñar pauta individualizada de ejercicios domiciliarios

Proponer al paciente ejercicio suave e indoloro acorde a sus preferencias, morfotipo y tolerancia (natación, paseos, Pilates,...)

- **Otras técnicas (específicas)**

Técnicas invasivas para tratamiento de PGM (Circular C-051/14)

Acupuntura (Circular C-051/14)

Fibrolisis diacutánea

Fase III o fase final del tratamiento (días 16 al 21)

- **Analgesia**

Termoterapia profunda

Electroterapia analgésica

Vendaje neuromuscular (Ver anexo I)

- **Movilidad articular**

Terapia manual

Ejercicios de movilidad y estabilidad de columna lumbar y cintura pélvica

Ejercicios de movilidad activa de miembros superiores y miembros inferiores

- **Tratamiento muscular**

Tratamiento de puntos gatillo miofasciales

Masoterapia descontracturante y de la fascia

Reforzar la faja lumbosacra con ejercicios de tonificación contra resistencia de oblicuos, transversos, glúteo mayor y medio, multífidos e isométricos de periné (método Pilates por ejemplo)

Técnicas miotensivas analíticas

Stretching activo

- **Programa de fisioterapia activa**

Autocorrección postural
Reeducación postural global
Higiene en actividades de la vida diaria y laborales...
Aconsejar ejercicio aeróbico suave (caminar, natación,...según las preferencias de cada paciente)

- **Otras técnicas (específicas)**

Técnicas invasivas para tratamiento de PGM (Circular C-051/14)
Acupuntura (Circular C-051/14)
Fibrolisis diacutánea

Lumbociatalgia

El tratamiento de fisioterapia en la lumbociatalgia es común a las lumbalgias teniendo en cuenta

- En la electroanalgesia destacamos el uso de las corrientes Träbert en el recorrido del dolor (Ver anexo II)
- En la cinesiterapia activa pondremos especial atención en evitar la elongación de la raíz nerviosa
- Si no existe compromiso radicular agudo, valorar el aumento de la actividad en la mayor brevedad posible
- En el trabajo de masoterapia se incluirá el tratamiento de la extremidad afecta con un objetivo circulatorio
- Tendrá especial relevancia la utilización de técnicas neurales
- Haremos especial incidencia en la terapia manual de la musculatura y articulaciones de la zona lumbopélvica y de la extremidad afecta
- Insistiremos en evitar actitudes antiálgicas, tales como la claudicación
- Se puede ampliar el uso del Kinesiotape al MI afecto
- Tracción lumbar manual o mecánica (según disposición)

9. Recomendaciones al paciente

Es importante comunicarle

- Evitar la alarma y el catastrofismo
- El daño permanente es muy raro
- A largo plazo el pronóstico es muy bueno
- Los síntomas se reducen con el tiempo en frecuencia e intensidad

- Aconsejarle que realice los ejercicios recomendados por su fisioterapeuta
- El ejercicio puede que no disminuya el dolor pero mejorará la función
- Realizar ejercicio de acondicionamiento cardiovascular general (natación, caminar, Pilates, etc.) acorde a sus preferencias y morfotipo
- El ejercicio físico puede ser recomendado para evitar recurrencias del dolor lumbar y prevenir el absentismo laboral
- Ejercicio:
 - Agudos: actividad aeróbica suaves (andar o nadar)
 - Subagudos: 20-30 minutos diarios de ejercicio aeróbico suave
 - Crónicos: programa de ejercicios individualizado en función de las características del paciente
- Mantener el mayor grado posible de actividad física que le permita el dolor, incluyendo el trabajo si es posible

10. Bibliografía

- *Guía de gestión asistencial de accidentes de trabajo de Asepeyo – Lumbalgias.*
- Sijmonsma Josya, *Manual taping neuromuscular.* Aneid Press, 2007.
- Grupo Español de Trabajo del Programa Europeo COST B13. *Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica.* www.reide.org (visitada el 15 de diciembre de 2005).
- Michael Shacklock. *Neurodinámica clínica: un nuevo sistema en el tratamiento musculoesquelético.* Editorial Elsevier España, 2007.
- Eduardo Zamorano Zarate. *Movilización neuromeníngea.* Editorial Panamericana, 2013.
- D. G. Simons. *Revisión de los enigmáticos puntos gatillo miofasciales como causa habitual de dolor y disfunción musculoesqueléticos enigmáticos.* Fisioterapia 2005;27(2):103-20.
- O. Mayoral del Moral. *Fisioterapia invasiva del síndrome de dolor miofascial.* Fisioterapia 2005;27(2):69-75.
- O. Mayoral-del Moral. M. Torres-Lacomba. *Fisioterapia invasiva y punción seca. Informe sobre la eficacia de la punción seca en el tratamiento del síndrome de dolor miofascial y sobre su uso en Fisioterapia.* Cuestiones de fisioterapia 2009, 38 (3): 206-217.
- F. M. Pinto, R. de Jesús, S. Correa Bacelar, J.G.F. Bertoni da Silva, Y. Alakhaddar, E.H. Martin Dantas. *La reeducación de la dinámica muscular, dolor lumbar, equilibrio postural y reducción del uso de medicamentos en trabajadores industriales.* Fisioterapia. 2013;35:3-9.
- J. Maya Martín, M. Albornoz Cabello, G. Domínguez Maldonado. *Estudio piloto del dolor lumbar tratado con corrientes interferenciales.* Fisioterapia. 2011;33:243-7.
- Philippe Souchard. *Principios de la reeducación postural global.*
- *Síndrome doloroso lumbar de origen discal.* Curso COT, junio 2014.
- *Guía de práctica clínica sobre lumbalgia.* Osakidetza, 2007.
- <http://www.espalda.org/>

- <http://rehabilitacionbasadaenlaevidencia.blogspot.com.es/2012/09/lumbalgias-evidencia-cientifica-en-el.html> (Página consultada el 20/10/2014).
- Pérez Guisado, J. *Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica*. Rev. Cubana Traumatología 2006;20(2).
- Montero Vilela, J. Chirivella Bellver, C., Peydro de Moya, M. *Nuevo sistema para la valoración de lumbalgias: NedLumb/IBV*. Instituto de biomecánica de Valencia.
- *Guía de práctica clínica sobre lumbalgia de Osakidetza* (2007).
- Ocaña Jiménez, U. *Lumbalgia ocupacional y discapacidad laboral*. Rev. Fisioterapia (Guadalupe). 2007;6(2):17-26.
- Gómez-Conesa, A., Valbuena Moya, S. *Lumbalgia crónica y discapacidad laboral*. 2005.
- <http://www.who.int/es/>
- <http://www.americanpainsociety.org/uploads/pdfs/LBPEvidRev.pdf>
- https://www.icsi.org/_asset/bjvqrj/LBP.pdf
- <http://www.institutferran.org/documentos/espalda/Guia Lumbalgia breve.pdf>.

11. Anexo I



TNM paravertebral bilateral



TNM paravertebral bilateral
+ cuadrado lumbar



TNM punto algico



TNM paravertebral bilateral
+ cuadrado lumbar
+ aumento de espacio articular

12. Anexo II



Ciatalgia que llega hasta el hueso poplíteo



Ciatalgia que llega hasta gemelo o pie



ASEPEYO

MUTUA COLABORADORA CON
LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 151

Urgencias 24 h

900 151 000

Servicio de Atención
al Usuario

902 151 002

www.asepeyo.es