

ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD EN EL MANEJO DEL DOLOR EN LA LUMBALGIA AGUDA

Autora: Cristina Celada Castro

Tutora: Susana Sánchez Ramón. Jefe de Sección Del Servicio de Urgencias del HURH y profesor asociado del Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología de la UVA.

TRABAJO DE FIN DE GRADO



**FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	7
MATERIALES Y MÉTODOS	7
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIONES	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22



Universidad de Valladolid



HOSPITAL UNIVERSITARIO
RÍO HORTEGA

RESUMEN

El dolor lumbar es una de las patologías más prevalentes y recidivantes, el 90% de la población padecerá lumbalgia alguna vez en su vida, sin diagnóstico etiológico en más del 80% de los casos, lo que se conoce como inespecífica. El abordaje de esta patología se basa en descartar patología grave subyacente y aliviar los síntomas, siendo el dolor un motivo frecuente de consulta a los servicios de urgencias hospitalarios.

El objetivo de este estudio consiste en evaluar la adecuación y la variabilidad del tratamiento de la lumbalgia, así como las distintas formas de abordaje en el servicio de Urgencias del HURH (Hospital Universitario Río Hortega). Se trata de un estudio: descriptivo analítico transversal retrospectivo en pacientes atendidos por lumbalgia en el Hospital Universitario Río Hortega durante el 2015. La muestra estudiada se ha tomado de las consultas atendidas en los 2 primeros meses del año y las reconsultas de esos pacientes a lo largo del año, acorde al tamaño muestral.

El estudio se realizó sobre 261 pacientes y sus reconsultas lo que incluye 317 episodios, el 64% con nivel de triaje 4 y una media de edad cercana a 50 años, en el que se evidenció que el 54 % de la muestra estudiada padece lumbalgias de repetición, siendo el 68% de los casos episodios agudos. No se utilizan escalas rápidas validadas como la EVA/EVN para evaluar el dolor ni la respuesta al tratamiento. La exploración abdominal y neurológica consta en menos del 50% de los episodios y en más del 50 % de las consultas se ha realizado radiografía lumbar a pesar de su escasa validez diagnóstica, no mejorar el pronóstico ni modificar el tratamiento. Las vías de administración preferidas en urgencias son la intravenosa y la intramuscular, la intramuscular se usa mayormente para AINEs a pesar de estudios que igualan su eficacia a la vía oral. Se prescribe un alto porcentaje de AINEs frente a un bajo porcentaje de Paracetamol contrario a las guías. Los opioides débiles se prescriben al alta en un 25% de los casos y el mismo porcentaje de opioides fuertes se administra en urgencias.

Como conclusión final, el dolor lumbar es un problema recurrente que motiva un numerosas consultas al servicio de urgencias en las que es importante una

adecuada detección y monitorización del dolor mediante la utilización de escalas EVA/EVN para abordarlo con la terapéutica disponible y que son necesarios más estudios que evalúen la efectividad y eficiencia de los distintos grupos de fármacos en esta patología.

Palabras clave: *lumbalgia, dolor, urgencias, analgesia*

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es una de las patologías más prevalentes y recidivantes en nuestro medio, de hecho se estima que alrededor de un 90% de la población mundial en algún momento de su vida llega a padecer lumbalgia, situándose esta patología en primera posición dentro de las causas de invalidez temporal en la población menor de 50 años, según datos de la OMS (Organización Mundial de la salud). ⁽¹⁾

Se habla de *lumbalgia* cuando el dolor está situado en el dorso del tronco en cualquier punto de la región comprendida desde el borde inferior de las últimas costillas hasta el final de ambos pliegues glúteos, pudiendo irradiarse por el muslo, generalmente por la parte posterior, sin sobrepasar el hueco poplíteo. Cuando este dolor recorre el trayecto del nervio ciático, y se irradia por debajo de las rodillas, a veces llegando a alcanzar los dedos del pie, se denomina *lumbociática o síndrome radicular*. Si el dolor lumbar se acompaña de contractura muscular paravertebral y afectación de la mayoría de movimientos vertebrales se define como *síndrome lumbar*.

Cerca de un 90% de las lumbalgias tienen como causa un proceso mecánico de la columna vertebral, aunque en más del 80 % no se puede determinar su etiología con exactitud, siendo en la mayoría de los casos un proceso autolimitado en el que al mes de iniciarse los síntomas el 90% de los afectados se encuentra libre de síntomas. ⁽²⁾⁽³⁾

Los principales objetivos del abordaje de la lumbalgia son descartar enfermedad subyacente grave (3-4%), identificar la etiología si fuera posible (15-20%) y tratar el dolor y aliviar los síntomas. ⁽⁴⁾ Para ello es fundamental la semiología sin la

que no es posible establecer una adecuada sospecha diagnóstica y un tratamiento óptimo. ⁽⁵⁾

Aunque este trabajo está centrado principalmente en dolor lumbar de tipo mecánico, existen múltiples causas de dolor lumbar (ver tabla 1) de manera que hay que investigar si el paciente presenta signos de alarma que hagan sospechar la presencia de alguna patología grave y no se debe olvidar antes de la exploración de la columna lumbar, realizar una exploración general por aparatos que pueda orientar hacia patología no mecánica. ⁽⁶⁾

TABLA 1. DISTINTAS CAUSAS DE DOLOR LUMBAR	
MECÁNICAS	▪ Inespecíficas
	▪ Alteraciones degenerativas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Prolapso de disco intervertebral ○ Artrosis de las articulaciones interapofisarias.
	▪ Malformaciones congénitas
	▪ Malformaciones adquiridas
	▪ Sobrecarga funcional
REUMATOLÓGICAS	▪ Artritis reumatoide
	▪ Espondilitis anquilosante, psoriásica.
	▪ Síndrome de Reiter
METABÓLICAS	▪ Osteoporosis
	▪ Otras: mielofibrosis, gota, hiperparatiroidismo, mastocitosis.
INFECCIONES	▪ Osteomielitis, sacroileitis.
	▪ Herpes zoster. Tuberculosis
NEOPLASIAS	▪ Tumores benignos primarios: hemangioma, osteoma osteoide, osteoblastoma, quiste óseo aneurismático, tumor de células gigantes.
	▪ Tumores malignos primarios, mieloma múltiple, linfoma.
	▪ Metástasis
PSICÓGENAS	▪ Neuropatía
	▪ Reumatismo psicógeno (depresión)
DOLOR REFERIDO	▪ Aneurisma aórtico abdominal
	▪ Pielonefritis, cálculos renales.
	▪ Prostatitis crónica, carcinoma de próstata.
	▪ Endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria
	▪ Pancreatitis, colecistitis.
▪ Enfermedad de Paget ósea.	

MANEJO DEL DOLOR EN LA PATOLOGÍA LUMBAR

Englobado dentro de diferentes procesos, el dolor es definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión” según la Sociedad internacional para el estudio del dolor (IASP), ⁽⁷⁾ siendo el dolor uno de los motivos más frecuentes de consulta en un servicio de urgencias (SU), por lo que se puede afirmar que se trata de una urgencia médica. ⁽⁸⁾

En todo paciente que acude a los SU por dolor lumbar es fundamental registrar en la historia clínica junto al resto de constantes el grado de dolor que presenta siendo necesario además una adecuada identificación y valoración de ese dolor,

esto incluye la necesidad de precisar su localización, la intensidad, su cualidad y la monitorización del mismo, incluyendo la evaluación de la respuesta a la analgesia pautada, utilizando de manera rutinaria herramientas de evaluación estándar.

La inclusión de la valoración del dolor como 5ª constante vital, permite una detección rápida del dolor de manera que si se aplican distintas pautas y protocolos para su manejo mejoran los resultados del control del dolor a corto plazo. ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

El empleo de escalas de medición del dolor permite cuantificar la intensidad del dolor y está demostrado que aumenta el uso de analgésicos y acorta el tiempo hasta su administración. ⁽¹¹⁾ Existen diferentes escalas creadas para la práctica clínica diaria clasificadas en unidimensionales y multidimensionales. ⁽¹²⁾

Por un lado, tenemos las escalas unidimensionales, utilizadas para valorar un solo parámetro, la intensidad del dolor. Estas se dividen en distintos tipos:

- *Escalas de categoría verbal*: utilizan atributos para medir la intensidad del dolor, tales como ligero-moderado-intenso-agonizante o nada-leve-moderado-intenso. Asimismo se incluyen dentro de esta categoría escalas que reflejan el grado de alivio del dolor tras la administración de analgesia: sin alivio-alivio ligero-alivio moderado-alivio completo El problema de estas escalas es que son inespecíficas y poco sensibles para observar cambios mínimos de la intensidad analgésica, el paciente no puede optar a puntos intermedios y los espacios entre ellas no reflejan una proporcionalidad adecuada.
- *Escala verbal numérica (EVN)*: en este tipo de escalas el paciente elige un número según la intensidad del dolor que percibe, pueden tener distintos límites (de 0 a 10, de 0 a 10) siendo de 0-10 la más utilizada, considerando el 0 como ausencia de dolor y 10 como el peor dolor imaginable. Estas escalas mejoran la sensibilidad con respecto a la anterior.
- *Escala visual analógica (EVA)*: consiste en una línea recta de 10 cm de longitud cuyos límites están marcados y van graduadas desde la ausencia

de dolor al peor dolor posible. En ellas el paciente tiene que marcar una cruz en el punto que mejor refleje la intensidad del dolor que padece y a este punto se le otorga una puntuación.

Tanto la EVN como la EVA son sencillas, suponen una inversión de tiempo relativamente corta y son reproducibles en el tiempo, es decir permiten reevaluar al paciente tras la administración de analgesia y en diferentes tiempos. De primera opción para la valoración del dolor agudo y reagudizaciones en los SU.

En cuando a las escalas multidimensionales, son mucho más específicas y mayoritariamente utilizadas en síndromes dolorosos crónicos, como el cuestionario del Dolor de Mc Gill (MPQ). Otras como la escala o índice de karnofsky sirven para enfermos oncológicos principalmente. El problema de estas escalas es que necesitan una inversión de tiempo bastante más elevada que las unidimensionales, tiempo del que no se dispone en los servicios de urgencias por lo que quedan reservadas para otro ámbito.

La valoración del dolor debe ser individualizada ya que hay que tener en cuenta la subjetividad del dolor y asumir que si un paciente dice que le duele, es que realmente tiene dolor, de manera que estas escalas son útiles para evaluar la intensidad del dolor a lo largo del tiempo en una persona y si hay o no mejoría con el tratamiento recibido pero no sirven para comparar la intensidad del dolor entre distintas personas.

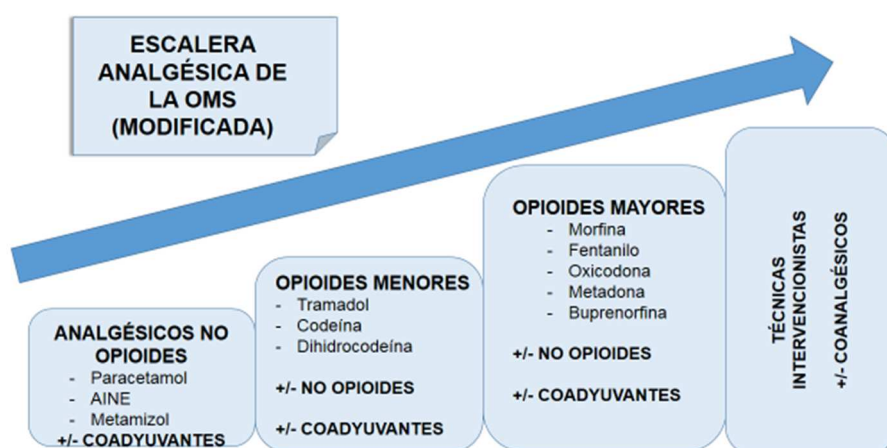


Figura 1.

En cuando a la estrategia terapéutica para el abordaje del dolor sigue vigente la escalera analgésica de la OMS con modificaciones (figura 1), como el paso al tercer escalón directamente en el dolor severo. Asimismo, la analgesia

multimodal, combinación de varios fármacos según el tipo de dolor, es frecuentemente utilizada.⁽¹³⁾

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la adecuación y variabilidad de los tratamientos dirigidos a paliar el dolor lumbar empleados en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega, así como las distintas formas de abordar esta patología.

Objetivos específicos:

- Analizar la variabilidad de la analgesia empleada.
- Conocer cuál es la vía de administración de medicación preferentemente utilizada en estos casos en tratamiento hospitalario y al alta.
- Estudios de antecedentes previos del paciente que puedan ser favorecedores del dolor lumbar.
- Pruebas complementarias recibidas por estos pacientes.
- Tratamiento al alta. Tipo de analgesia y analizar si el tratamiento se centra en terapéutica farmacológica o se proponen otro tipo de medidas no farmacológicas. Derivación a consultas externas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: descriptivo analítico transversal retrospectivo.

Ámbito de estudio: Hospital Universitario Río Hortega. Hospital del tercer nivel. Atención especializada.

Población: Pacientes atendidos durante el 2015 en el Servicio de Urgencias del HURH.

Criterios de inclusión:

- Dolor lumbar mecánico; Lumbalgia aguda inespecífica.; Lumbociatalgia; síndrome lumbar.

Criterios de Exclusión:

- Lumbalgias asociadas a procesos neoplásicos/ metaplásicos.
- Lumbalgias asociadas a síntomas sistémicos como pérdida de peso, fiebre, astenia, malestar general.
- Lumbalgias asociadas enfermedad inflamatoria sistémica.
- Lumbalgias asociadas a sintomatología genitourinaria.
- Síndrome de la cola de caballo (lumbalgia acompañada de dolor genital, perianal, anestesia en silla de montar, en cara posterior de ambos miembros inferiores sin seguir la irradiación correspondiente a una raíz nerviosa y alteración de la micción y/o defecación).

Selección de la muestra a estudio: A partir de la base de pacientes atendidos en el SUH, se han incluido los pacientes que acuden por dolor lumbar que cumplen con los criterios de inclusión. Se ha realizado un muestreo seleccionando los pacientes atendidos los dos primeros meses del año (enero y febrero) y todas las reconsultas de estos a lo largo del año 2015.

Presentación del proyecto: previo a la recogida de datos fue presentado ante el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Rio Hortega (Código CEIC 140/16).

Análisis estadístico: Las distintas variables a estudio fueron recogidas en una hoja de datos de Excel para su posterior análisis estadístico que se realizó mediante el programa SPSS v. 18.0 tras volcar los datos obtenidos en Excel. Para la obtención de los resultados se ha llevado a cabo un análisis descriptivo uni y bivalente. Las variables cuantitativas se describen mediante tendencias centrales y de dispersión y las variables cualitativas como número de casos y porcentaje. Las variables cuantitativas continuas se expresan como media \pm desviación estándar (DS) en caso de distribución normal o como mediana y rango si la distribución no fue normal. La T de Student se ha usado para la comparación de medias de variables cuantitativas con valores distribuidos normalmente. Las variables cualitativas se expresan con frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para determinar la relación de dependencia o asociación entre variables cualitativas se ha realizado la prueba de chi cuadrado

para tablas de contingencia 2x2 o rxs y contraste de proporciones. Se considera significativo en todos los test realizados con un nivel de confianza del 95% ($p < 0.05$).

Revisión bibliográfica sistemática, realizada a través de la página de internet de Pubmed y otras bases de datos como Up to date y Scielo.

Variables recogidas: (ver tabla 2)

TABLA 2 / VARIABLES DEL ESTUDIO	
✚	<i>Variables sociodemográficas:</i> edad, sexo.
✚	<i>Antecedentes personales del paciente:</i> fracturas vertebrales, traumatismos previos, discopatías, osteoporosis, alteraciones de la curvatura lumbar, artrosis, enfermedades reumáticas
✚	<i>Tipo de dolor:</i> localizado, irradiado
✚	<i>Uso de escalas de medición del dolor por el profesional sanitario que presta la atención:</i> EVA/EVN
✚	<i>Analgesia:</i> Analgesia como tratamiento habitual, analgesia administrada en el servicio de urgencias, Analgesia pautaada tras alta del servicio de urgencias. Vía de administración y tipo de analgésico.
✚	<i>Coadyuvantes:</i> Fármacos administrados en urgencias no analgésicos.
✚	<i>Medidas no farmacológicas:</i> hielo, calor seco, reposo, ejercicio, faja.
✚	<i>Tiempo de estancia media.</i>
✚	<i>Pruebas complementarias:</i> Rx, TAC, RMN, Sistemático de Sangre u Orina
✚	<i>Recurrencias a urgencias hospitalarias,</i> en el último año y en los últimos 15 años
✚	<i>Interconsultas a especialistas:</i> unidad del dolor, traumatología

RESULTADOS

Epidemiología

De los 112.758 episodios atendidos en urgencias del Hospital Universitario Río Hortega durante el año 2015, 1977 episodios han sido clasificados como impresión diagnóstica de lumbalgia, lumbociatalgia o similares, lo que equivale a un 2% del total de urgencias atendidas.

La muestra final se tomó de 314 consultas atendidas en los 2 primeros meses del año y las reconsultas de esos pacientes a lo largo del año. De esos 314 episodios, sólo 281 fueron válidos, ya que 15 pacientes no cumplían criterios de

inclusión por presentar asociado fiebre, catarro de vías altas, abdominalgia, síntomas sistémicos o infecciones del tracto urinario entre otras y otros 17 casos no pudieron ser incluidos en el estudio por historia clínica ilegible, puesto que el informe de urgencias se trata de un documento manuscrito.

De las 281 consultas válidas, 21 fueron reconsultas de pacientes que habían acudido en estos dos meses previos al SU, lo que hace una muestra final de 261 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y 360 episodios incluyendo las reconsultas sucesivas a lo largo del año. Debido a que 63 de estas reconsultas corresponden a un sólo paciente hiperfrecuentador del SUH, se han tomado sólo las 20 primeras para el análisis estadístico. En resumen, se dispone de 261 pacientes diferentes de los cuales 114 son hombres y 147 mujeres (figura 2), y 317 episodios distintos de lumbalgia. Dividiendo a la muestra estudiada en 4 grupos de edad 13 pacientes son menores de 20 años, entre los 21 y 55 años está el grueso de la población con 154 pacientes, 68 tienen edades comprendidas entre 56 y 75 años y 26 son mayores de 76 años. La edad media fue de $48,78 \pm 18,85$ años.

Figura 2. Muestra estudiada hombres/mujeres

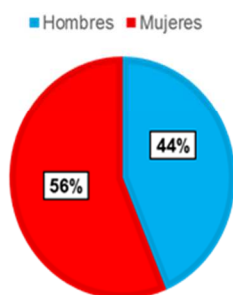
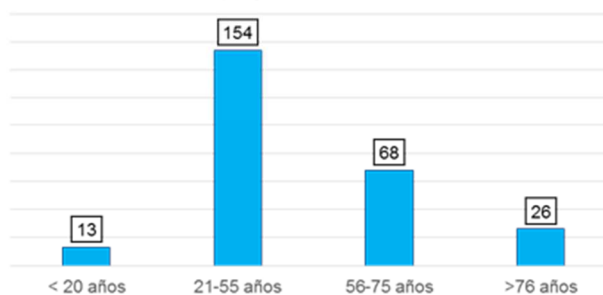


Figura 3. Muestra estudiada por grupos de edad



Variables clínico patológicas

Revisando los antecedentes personales de la población estudiada, se observa que el 54% padece de lumbalgias de repetición, aumentando esa proporción (que llega a ser del 70,6%) en la muestra estudiada entre 56-75 años. En menores de 20 años, el 7,7% presenta alteraciones de la curvatura lumbar y el mismo porcentaje, traumatismos previos. De los 21 a los 55 años, el 28,6% padece de algún tipo de discopatía lumbar (hernia discal, estenosis, protrusión), el 16,2% alteraciones de la curvatura, siendo de igual prevalencia que la depresión ansiedad, viéndose incrementados estos porcentajes en grupos de

mayor edad. De los 56 a los 75 años, la artrosis afecta hasta al 45,6% de los pacientes que acuden por lumbalgia, llegando a afectar al 65,4% de los mayores de 76 años. Ver tabla 3.

Un 12,3% de los pacientes reconsultó por lumbalgia durante el 2015, una o más veces.

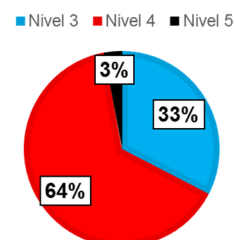
TABLA 3. ANTECEDENTES PERSONALES POR GRUPOS DE EDAD	INTERVALOS DE EDAD				TOTAL DE MUESTRA ESTUDIADA
	< 20 años	21-55 años	56-75 años	>76 años	
TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADOS	13	154	68	26	261
LUMBALGIAS DE REPETICIÓN (%)	15,4	50,6	70,6	50,0	54,0
FRACTURAS ESQUELETO AXIAL PREVIAS (%)	0,0	1,3	5,9	7,7	3,1
TRAUMATISMOS ACCIDENTES (%)	7,7	11,7	8,8	15,4	11,1
DISCOPATÍAS (%)	0,0	28,6	30,9	19,2	26,8
OSTEOPOROSIS (%)	0,0	0,0	14,7	19,2	5,7
ALTERACIONES CURVATURA (%)	7,7	16,2	20,6	3,8	15,0
ARTROSIS (%)	0,0	13,0	45,6	65,4	26,1
ENFERMEDAD REUMÁTICA (%)	0,0	1,9	13,2	3,8	5,0
DEPRESIÓN ANSIEDAD (%)	0,0	16,2	19,1	0,0	14,6

Observando las consultas que hay registradas por lumbalgia al servicio de urgencias del HURH desde el año 2000 de los pacientes estudiados, el 65,1% sólo ha acudido una vez, mientras que el 34,9% restante ha acudido dos o más veces. Puntualmente un sólo paciente puede acumular 7, 8, 11 o 14 visitas siendo llamativo el hecho de que uno de ellos ha acumulado 114 episodios de lumbalgia durante estos últimos 15 años.

Nivel de triaje en urgencias

El nivel de triaje de los pacientes que acuden al SU por lumbalgia varía de la prioridad 3 a la 5, clasificados según el Sistema Español de Triage (SET) en el que se reconocen 5 niveles de priorización según el grado de urgencia. De los 317 episodios, un 32,2% se corresponden con la prioridad 3, y un 2,8 % con la prioridad 5, encontrándose el grueso de pacientes en la prioridad 4, un 63,7% de ellos. (Ver figura 4)

Figura 4. Nivel de prioridad en consultas por lumbalgia en el triaje del servicio de urgencias del HURH



Evaluación del dolor

Según el tiempo de evolución del dolor, en el 67,8% de los episodios se trata de un dolor agudo (curso inferior a 6 semanas) y el 10,1% presenta un dolor crónico, superior a seis semanas de evolución, también hay que tener en cuenta que en el 22,1% de los episodios no consta el tiempo de evolución del dolor.

En lo referido al tipo de dolor, un 44,2% de los pacientes estudiados ha presentado dolor localizado en una región concreta y en un 55,5% ese dolor se irradiaba por la extremidad inferior.

Solamente se ha pasado una escala de dolor EVA/EVN en 2 de los casos (0,6%) los cuales habían sido vistos por anestesia en urgencias. Se realizó interconsulta a anestesia urgente en 3 de los 317 episodios.

Exploración física:

Se ha prestado especial atención a la inclusión de la exploración traumatológica en la historia clínica, realizada en 294 pacientes (92,7%) y no realizada en 23 pacientes, la exploración neurológica (alteración de la fuerza, sensibilidad o reflejos osteotendinosos) se realizó en el 34,4% de los pacientes y la exploración abdominal estaba presente sólo en un 27,8% y no realizándose en el 72,2% de los casos. (Figura 5).

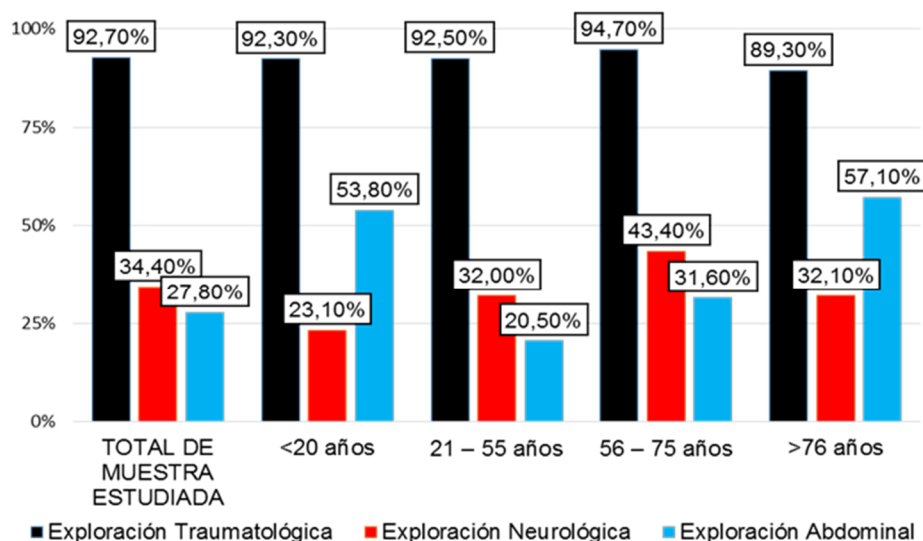


Figura 5. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado y registrado en la historia clínica la exploración traumatológica, neurológica y abdominal.

Pruebas complementarias:

Al 48,6% de los pacientes se les solicitó una radiografía de la columna lumbar, el 23,7% disponía de una radiografía previa, y sólo el 5,7% de los pacientes a los que se les realizó la radiografía en urgencias tenían una previa (en los 6 meses anteriores a la consulta). (Datos detallados en Figura 6)

Al 90,3% de los pacientes con accidentes o traumatismos previos se les realizó radiografía en urgencias aunque este grupo sólo constituye el 18,2% de las radiografías que se realizan en urgencias ($p < 0,05$)

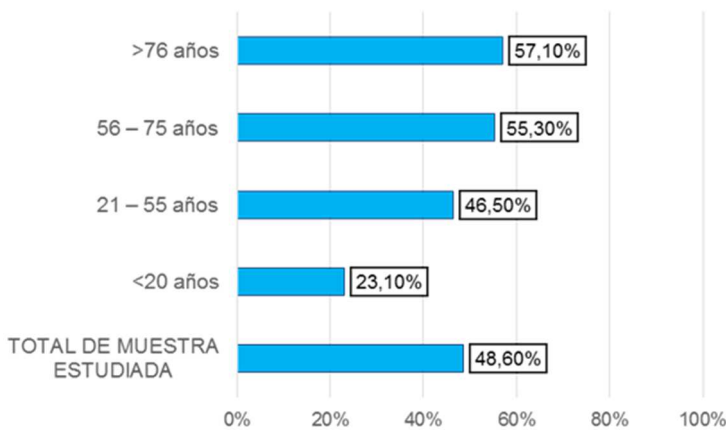


Figura 6. Porcentaje de radiografías de columna lumbar realizadas en urgencias según intervalos de edad.

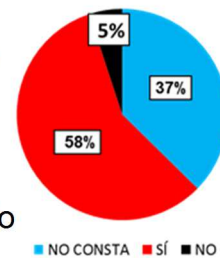
Se observa que en la población menor de 20 años, sólo se pide radiografías a un 23,1%, de 21 a 55 años en un 46,5%, en grupos de edad de 56 a 75 años en un 55,3% y en mayores de 76 años en un 57,1% de los casos.

Un 33,4 % de los pacientes estudiados cuentan con una resonancia magnética nuclear (33,1%) o TAC (0,3%) realizado en el año previo o posterior a su visita a urgencias. Otras pruebas como la analítica sanguínea o tira de orina se piden en el 8% de los casos.

Terapéutica

La analgesia previa a la visita al SU no consta en 118 episodios (37.2%). Un 57,4% de los pacientes refiere haber tomado analgesia antes de acudir a urgencias y en 16 ocasiones (5%) no habían tomado ningún medicamento previo. (Figura 7).

Figura 7. Analgesia previa



Las vías de administración más utilizadas en urgencias son la intravenosa en un 38,5% de los casos y la intramuscular en un 37,5%, otras menos usadas, son la vía oral en un 2,5% y la subcutánea en un 0,6%. Al alta se prefiere la vía oral en un 95,9% de las ocasiones, la intramuscular se indica hasta en un 8,8% y los

parches en 4,7% de los episodios, en ningún caso intravenosa o subcutánea en alta a domicilio. La vía intramuscular se utiliza de forma significativa para la administración de AINE en el SU, ($p < 0,05$).

El número de fármacos administrados en el servicio de urgencias para el tratamiento de la lumbalgia oscila entre 0 y 8, en el que un 24.6% de los episodios, los pacientes no recibieron medida farmacológica alguna, en el 41,6% recibió un fármaco y en un 33,8% 2 o más fármacos. Al alta a domicilio, sólo un 1,3% se fueron sin tratamiento, un 19,6% se les prescribió un único medicamento y al 70,4% entre 2 y 4 medicinas diferentes. En un 2,5% de los episodios al alta, no se dispone del número de fármacos bien sea por paso a hospitalización o por venir referido como “continuar con su tratamiento habitual”. (Figura 8)

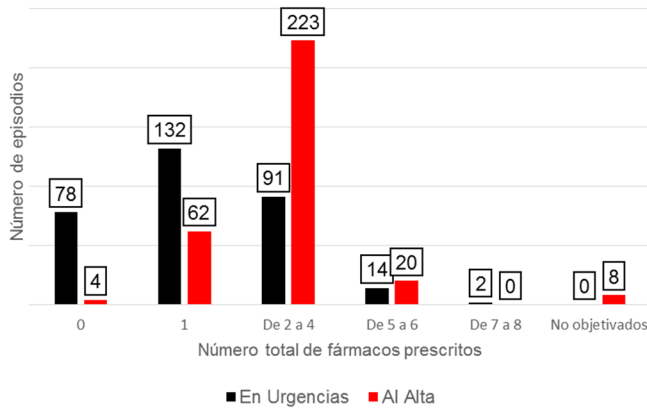


Figura 8. Número total de fármacos prescritos a cada paciente en urgencias y al alta para el tratamiento de la lumbalgia.

Analizando la analgesia prescrita según la escalera analgésica de la OMS, en 317 episodios distintos, se han administrado 224 fármacos analgésicos no opioides durante su estancia en urgencias y se han prescrito al alta 370 fármacos de este grupo. Tan solo se han administrado 17 opioides débiles en urgencias pero 75 opioides débiles han sido prescritos para tratamiento domiciliario. En el caso de los opioides fuertes 79 fueron administrados en urgencias y 22 fármacos al alta. Un mismo paciente puede recibir fármacos de distintos escalones y varios dentro de un mismo escalón, de ahí esas medidas. (Figura 9)

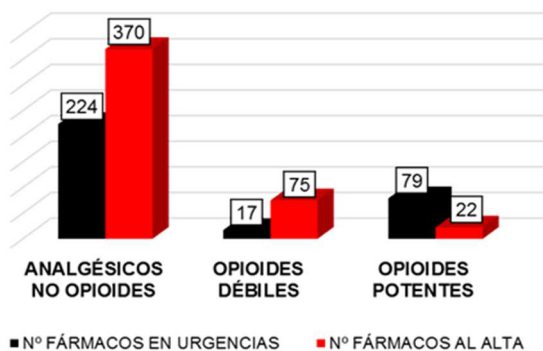
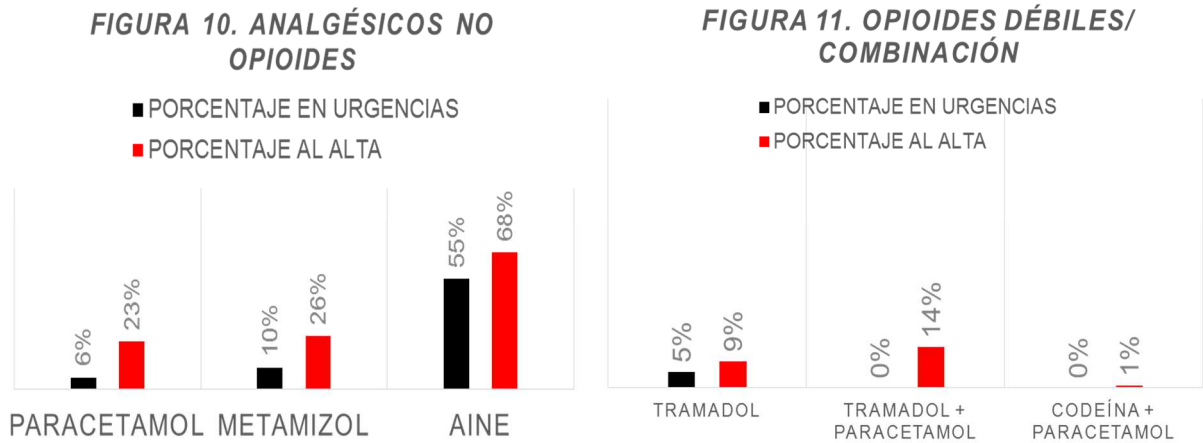


Figura 9. Nº DE FÁRMACOS ADMINISTRADOS SEGÚN ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS AL ALTA Y A DOMICILIO

Revisando el primer escalón, en el caso del paracetamol solamente se administra en un 5,7% de los casos en urgencias y el metamizol en un 10,4% mientras que se prescriben en un 23,3% y en un 26,2% de los casos respectivamente al alta a domicilio. Los antiinflamatorios no esteroideos son los fármacos más administrados en urgencias en un 54,6% de los episodios y prescritos al alta, en un 67,2% de los casos. (Figura 10).

Pasando al segundo escalón analgésico de la OMS tenemos los opioides débiles o en combinación con otros no opioides, el tramadol es usado en urgencias hasta en un 5,4% de los episodios. Al alta se prescriben opioides débiles en un 23,6% de los casos, el tramadol en un 9,1% de las consultas y en combinación con el paracetamol en el 13.9% (Figura 11)



En el caso de los opioides potentes (tercer escalón), el fentanilo se usa hasta en un 12,3% en urgencias y se prescriben parches transdérmicos en el 4,7% de los episodios. Otros opioides fuertes utilizados en urgencias son la petidina (10,4%), la morfina (1,6%) y el tapendadol (0,6%). Al alta se prescriben otros como el tapendadol (2,2%) y la combinación de oxicodona/naloxona (2,5%). (Figura 12).

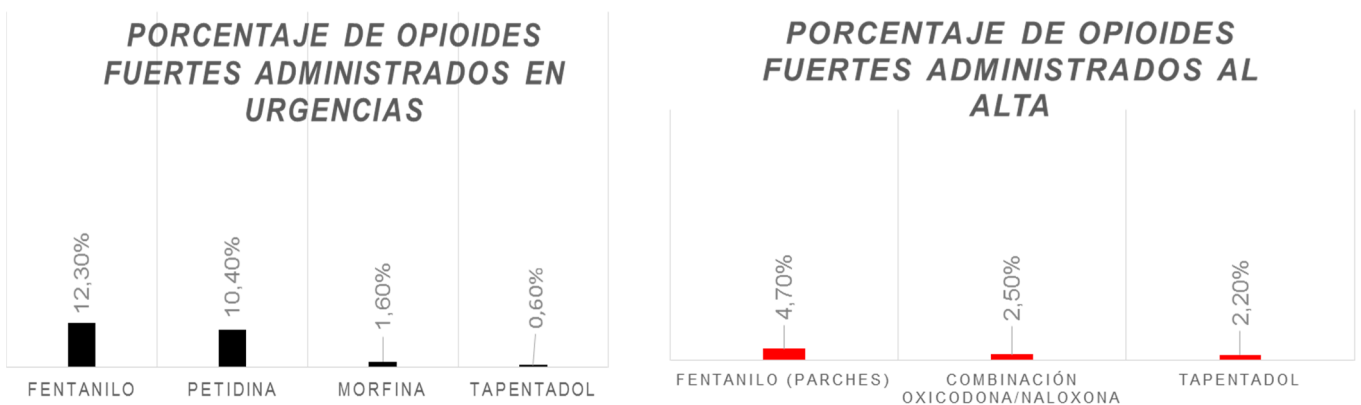


Figura 12. Analgésicos opioides potentes administrados en urgencias y al alta.

Los fármacos coadyuvantes también son empleados para el tratamiento de la lumbalgia o para paliar los efectos adversos de los analgésicos. El diazepam es el coadyuvante más prescrito al alta, hasta en un 47,9%, siendo administrado en urgencias en el 15,8% de los episodios. En un 9,1% de los casos se prescribe Inzitan intramuscular domiciliario. (Tabla 4)

FÁRMACOS COADYUVANTES	PORCENTAJE EN URGENCIAS	PORCENTAJE AL ALTA
PREGABALINA	1,3%	10,3%
GABAPENTINA	0,0%	1,3%
RELAJANTES MUSCULARES / ANSIOLÍTICOS		
DIAZEPAM	15,8%	47,9%
TIZANIDINA	0,0%	1,9%
CICLOBENZAPRINA	0,0%	0,3%
ALPRAZOLAM	0,6%	0,0%
METOCARBAMOL	0,0%	0,3%
CORTICOIDES		
INZITAN	5,0%	9,1%
DEXAMETASONA	1,3%	0,6%
OTROS CORTICOIDES	1,9%	0,6%
OTROS		
METOCLOPRAMIDA	19,9%	1,3%
ONDASETRON	0,6%	0,0%
PANTOPRAZOL/OMEPRAZOL	6,9%	18%

Tabla 4. Porcentajes de fármacos coadyuvantes prescritos en los servicios de urgencias y al alta.

Alta domiciliaria

Respecto a las recomendaciones al alta no farmacológicas, en un 23% de los casos se indicó reposo relativo, en un 37,5% calor local y en un 0,6% la utilización de faja. En ningún caso se recomendó la aplicación de frío ni el ejercicio precoz.

En cuanto al destino de los pacientes, un 79,5% fue dado de alta a su domicilio, a un 19,3% se le derivó a consultas externas y un 0,9% fue ingresado por mal control del dolor.

De los pacientes analizados, un 21,8% ha sido visto previa y/o posteriormente por la unidad del dolor para tratamiento de la lumbalgia y hasta el 50,5% ha acudido a consultas de traumatología. Cabe destacar que se descubrió de manera accidental en un paciente, sin signos de organicidad, derivado a consultas externas de traumatología, en la RMN para evaluación de su dolencia, un sarcoma con metástasis óseas, hepáticas y pulmonares.

DISCUSIÓN

Parte de los resultados obtenidos acerca de las características de la muestra estudiada que presenta lumbalgia, en el servicio de urgencias del HURH, son similares a otros estudios previos realizados en atención primaria en nuestro país, como pueden ser el ligero predominio de la población femenina (aunque sin ser estadísticamente significativo) y la edad media que ronda los 50 años, aunque el grueso de la población lo constituye el grupo de edad comprendido entre los 21 y 55 años.

Como se ha observado, el 54% de la muestra estudiada padece de lumbalgias de repetición, siendo ese porcentaje mucho mayor entre los 56 y 75 años por lo que la lumbalgia que aunque se trata generalmente de un dolor benigno, puede considerarse como una enfermedad fluctuante y recurrente más que un curso autolimitado. Estudios demuestran que un episodio previo de dolor lumbar está relacionado con cronicidad y recurrencia de la lumbalgia. ⁽¹⁴⁾ Esto queda demostrado revisando los episodios de lumbalgia desde el año 2000 y se observa que el 35% ha acudido a urgencias 2 o más veces por este motivo.

Analizando los antecedentes personales un porcentaje superior al 25% de la población presenta discopatías y artrosis, siguiéndole en tercera posición la presencia de depresión y/o ansiedad que es un factor que predispone a la cronificación y recurrencia de la enfermedad. Los accidentes o traumatismos previos sólo están presentes en poco más del 10% de la población.

La atención hospitalaria se realiza no por orden de llegada si no por prioridad que se establece mediante el Sistema Español de Triage (SET) que correlaciona el nivel de gravedad con el tiempo de espera. La mayoría de pacientes que acuden por dolor lumbar se encuentra en un nivel de triaje 4, que corresponde con patología menos urgente lo que puede suponer un tiempo de espera de 45 minutos. No obstante, un porcentaje nada despreciable, un 33,2% se encuentra en un nivel de prioridad 3 que se corresponde con patología urgente, aquella que no puede esperar más de 30 minutos para ser atendida. ⁽¹⁵⁾

En este trabajo, se ha evidenciado que la valoración del dolor se realiza de forma subjetiva por el profesional sanitario, sin utilizar escalas rápidas validadas tales

como la EVA o EVN al igual que no se evalúa la respuesta al tratamiento o de hacerlo, se referencia como “mejoría sintomática”. El uso de estas escalas permite cuantificar el dolor y comparar la respuesta a distintos tratamientos en un paciente y la variabilidad interpersonal es mínima. ⁽¹⁶⁾ Existen estudios que demuestran que la distribución de escalas de cuantificación del dolor aumenta de forma significativa el grado de cumplimiento de la evaluación y control del dolor ⁽¹⁷⁾ Dotar los distintos boxes de urgencias con paneles que incluyan la EVA/EVN podría aumentar el porcentaje de monitorización del dolor por los facultativos.

La exploración abdominal y neurológica consta en menos del 50% de los episodios, esto puede deberse a un problema de infraregistro o ser reflejo de la realidad debido a la sobrecarga de las urgencias hospitalarias y el tiempo breve del que se dispone por cada paciente.

Se le ha realizado una radiografía de columna lumbar a cerca del 50% de la población, un porcentaje demasiado elevado. Hay estudios que demuestran que la radiografía lumbar tiene escasa validez diagnóstica en el dolor de espalda, no mejora el pronóstico, ni disminuye el número de visitas, ni afecta al tratamiento. La única diferencia observada es que aumenta el nivel de satisfacción del paciente sin mejorar su dolencia. Además de la radiación ionizante, muy superior a la de la radiografía de tórax, las radiografías de columna suponen un alto coste económico debido a la prevalencia de la lumbalgia. Está demostrado que la radiografía lumbar debido a su baja sensibilidad no permite descartar la existencia de neoplasia e infección, sí que estaría indicada en el caso de pacientes con sospecha de fractura vertebral u osteoporótica por lo que no se recomienda la realización de pruebas de imagen en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma (nivel de evidencia A). ⁽¹⁴⁾ La petición de radiografía de columna lumbar en la primera visita debe reservarse para pacientes mayores de 70 años, pacientes con osteoporosis o que tomen corticoides y con antecedente traumático previo. ⁽⁴⁾ ⁽¹⁸⁾.

Pasando al apartado de la terapéutica, en las urgencias hospitalarias se opta con mayor frecuencia por la administración de medicación por vía intravenosa e intramuscular frente a la vía oral y subcutánea, sin embargo un artículo publicado

en la revista de la American Academy of Family Physicians concluye que la vía oral ha demostrado ser tan eficaz como la intramuscular y se considera de primera opción en el caso de administración de AINE. ⁽¹⁹⁾

Es importante conocer el tratamiento previo que ha estado tomando el paciente y concretamente la analgesia que ha utilizado antes de acudir al SU para saber cuál es el punto de partida, por lo que es necesario disminuir ese porcentaje del 38% de las consultas en las que ha quedado sin registrar la analgesia previa. En 16 ocasiones (pudiendo ser esa cifra superior) el paciente ha acudido al servicio de urgencias sin tomar ningún tipo de analgésico, deberían intentar evitarse estas conductas con programas o campañas de información, educación y sensibilización a la población desde atención primaria.

En el manejo del dolor lumbar agudo y subagudo la eficacia del paracetamol y los AINE es similar, siendo recomendado el paracetamol de primera elección por su menor incidencia de efectos adversos. Tampoco se han visto diferencias en la eficacia entre los distintos AINEs, A pesar de las recomendaciones, el paracetamol se administra en un pequeño porcentaje de casos (6% en urgencias, 23% al alta) frente a los antiinflamatorios no esteroideos que oscilan entre el 55% en urgencias y el 68% al alta.

Los opiáceos no se recomiendan de manera inicial reservándose para casos en los que fallan los analgésicos no opioides y para cuando la intensidad del dolor lo justifique. ⁽²⁰⁾ En urgencias, los opioides potentes han sido administrados en un 24,9% de los episodios siendo el fentanilo y la petidina los preferidos, mientras que para el alta a domicilio se opta por opioides débiles como el tramadol en un 23,6% de las consultas.

Cabe destacar que a pesar de haber múltiples guías para el manejo de la lumbalgia con sus respectivas indicaciones de tratamiento en atención primaria y niveles de evidencia, no ha sido posible encontrar estudios que evalúen la efectividad del tratamiento farmacológico administrado en urgencias para esta patología ni sobre la utilización de opioides en el dolor lumbar agudo en los servicios de urgencias hospitalarios.⁽²¹⁾ Tampoco hay estudios que evalúen la eficiencia (coste/efectividad) sobre el empleo de los analgésicos, opioides,

antiinflamatorios o relajantes musculares, dejando la puerta abierta a futuras investigaciones.

El diazepam con un porcentaje cercano al 50% junto con el omeprazol (20% de los episodios) son los dos fármacos más prescritos al alta. Está demostrado que el diazepam es útil como analgésico pero no sirve para mejorar la contractura muscular en contra de creencias populares. Los datos actualmente disponibles no permiten recomendar la administración de corticoides en lumbalgia. ⁽²²⁾

Contrariamente a las recomendaciones de las guías para la práctica clínica que recomiendan evitar el reposo en cama (específicamente desaconsejado) y aconsejan mantener el mayor grado de actividad física que permita el dolor, desde el servicio de urgencias se ha recomendado reposo relativo y en ningún caso la movilización precoz. El ejercicio físico que es distinto a mantener la actividad física se recomienda a las 2-6 semanas posteriores al cuadro agudo, antes es ineficaz y puede aumentar el dolor. ^{(14) (22)}. En el caso de los trabajadores está demostrado que cuanto más se prolongue la baja mayor es el riesgo de invalidez persistente por lo que conviene acelerar el retorno al trabajo incluso si el dolor no ha desaparecido.

Por otro lado, el calor local (recomendado en un 37,5% de los episodios) produce una disminución del dolor y de la incapacidad a corto plazo en la lumbalgia aguda, no así en la lumbalgia crónica. La aplicación de frío no está recomendada. ⁽¹⁴⁾

Casi un 20% de los pacientes estudiados que acudieron a urgencias fueron derivados al especialista de traumatología para continuar el seguimiento del paciente, destacando que más de la mitad de la muestra ha consultado con traumatología por esta dolencia en fechas cercanas anteriores o posteriores al episodio. Sólo 3 pacientes tuvieron que ser ingresados por mal control del dolor en urgencias sin presentar patología subyacente grave asociada al dolor lumbar. Más de un 20% ha tenido que ser visto en la unidad del dolor.

CONCLUSIONES

La lumbalgia por su elevada prevalencia constituye un gran problema de salud pública, social y económica que afecta seriamente a la calidad de vida de población relativamente joven, siendo una enfermedad recurrente en la que el 55 % de la muestra estudiada padece lumbalgias de repetición.

En la mayoría de los casos no hay un diagnóstico etiológico tratándose de lumbalgia inespecífica y su manejo va dirigido a descartar organicidad y aliviar los síntomas.

Aunque la exploración traumatológica es específica e importante en esta patología, no se debe olvidar explorar el resto de aparatos, especialmente abdomen y exploración neurológica que se realiza en un bajo porcentaje de casos en el SUH.

La radiografía lumbar, presente en la mitad de la muestra estudiada, no mejora el curso, el pronóstico ni modifica el tratamiento de la lumbalgia debiéndose reservar para casos con señales de alarma en los que se sospeche patología orgánica.

A pesar de su utilidad en la detección, el manejo y la monitorización del dolor no se utilizan escalas de valoración del dolor validadas y rápidas como la EVN/EVA y en un alto porcentaje de casos no se registra la analgesia previa.

Sigue prefiriéndose la administración de AINE sobre el paracetamol, a pesar de mayores efectos adversos. Los opioides potentes son más utilizados en el servicio de urgencias y los débiles se prescriben más al alta del paciente aunque no hay estudios que evalúen su eficiencia ni su indicación en los episodios de lumbalgia aguda.

El reposo en cama está específicamente desaconsejado así como el ejercicio durante el episodio agudo aunque se aconseja mantener el mayor grado de actividad posible y aplicación de calor local en la lumbalgia aguda.

Un alto porcentaje ha sido visto por traumatología y casi un tercio fue derivado desde el SU. Asimismo, casi otro tercio está en seguimiento por unidad del dolor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muntión Alfaro MT, Benítez-Camps M, Bordas-Julve JM, de Gispert Uriach B, Zamora Sánchez V, Galindo Parres C. Lumbalgia: ¿seguimos las recomendaciones de las guías? *Aten Primaria*. 2006; 37 (4): 215-20.
2. Sanz Sanz J, Otón Sánchez MT, Esteban Campos J, Andreu Sánchez JL. Protocolo diagnóstico de la lumbalgia aguda. *Medicine*. 2009;10(30): 2031-4.
3. Seguí Díaz M, Gervás J; El dolor lumbar. *SEMERGEN* 2002: 28 (1): 21-41.
4. Rodríguez Alonso JJ, Bueno Ortiz JM, Humbría Mendiola A. Abordaje diagnóstico y terapéutico de la lumbalgia en atención primaria. *FMC*. 2001.8: 152-162.
5. Loría Castellanos J, Santos Pérez E, Márquez Ávila G. Seguimiento de una Guía de Práctica clínica para el manejo del dolor lumbar en pacientes referidos al servicio de urgencias. *Aten Primaria*. 2011; 43. 271-2.
6. Valle Calvet M, Olivé Marques A. Signos de alarma de la lumbalgia. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2010; 11 (1): 24-27.
7. IASP Subcommittee of Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979; 6: 249-252.
8. Lladó Salamanca S, Rubiño Díaz JA, Pérez Galmes CA, Socias Moya M. Estudio y promoción de buenas prácticas para mejorar el abordaje del dolor en el Servicio de Urgencias. *Rev Soc Esp Dolor*. 2016;23(6): 275-279
9. Pérez Aznar C, Macías Bou B, Maganto Sancho A, Ganzo Piñón M; Protocolo del manejo del dolor en Urgencias. *Medicine*. 2015; (90):5408-11.
10. Baharuddin KA, Mohamad N, Hisamuddin N, Rahman NA, Ahmad R, Shaiffudin NA, Him N. Assessing patient pain scores in the emergency department. *Malaysian J Med Sci*. Jan-Mar 2010; 17 (1): 17-22.
11. Casal Codesido JR, Vazquez Lima MJ. Abordaje del dolor musculoesquelético en urgencias. *Emergencias* 2012; 24: 59-65.
12. García Romero J, Fernández Abascal, Jiménez Romero M, Sánchez carrillo F, Gil Fernández M. La medición del dolor: una puesta al día. *Med Integral* 2002; 39 (7): 317-20.
13. Moreno Nogueira JA. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. *Rev Clin Esp* 2005;205:30-2 - Vol. 205 Núm.1 DOI: 10.1157/13070757

14. Pérez Irazusta I., Alcorta Michelena I., Aguirre Lejarcegui G., Aristegi Racero G., Caso Martínez J., Esquisabel Martínez R., López de Goicoechea Fuentes AJ., Martínez Eguía B., Pérez Rico M., Pinedo Otaola S., Sainz de Rozas Aparicio R. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. GPC 2007/1. Vitoria-Gasteiz.
15. Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra vol.33 supl.1 Pamplona 2010
16. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C y grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva. 2006; 30 (8):379-85.
17. Erdek MA, Pronovost PJ. Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. Int J Qual Health Care, 2004; 16: 59-64
18. Waddell G. Feder G. McIntosh A, Lewis M, Hutchinton A. Clinical Guidelines for the management of Acute Low Back Pain. London: Royal College of General Practitioners. 1996.
19. Shatsky M, Evidence for the Use of intramuscular injections in outpatient practice. Am Fam Physician. 2009; 79 (4): 297-300.
20. Casermeiro Cortés JM, López Garrido J, Solé Molins X, Pou Chaubron M. Algoritmo de manejo del dolor lumbar. Méderic Ediciones (A0886). 2012.
21. Alcántara Montero A, González Curado A. Reflexiones sobre el uso de opioides en dolor lumbar. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.24 no.1 Madrid ene-feb. 2017
22. Grupo español de trabajo del programa europeo del COST B13. Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica. URL www.REIDE.org. Visitada el 15 de diciembre del 2005.
23. Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, Burton AK Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. Spine. 2001; 26; 2504-14.
24. Van Tulder M, Becker A, Brekkering T, Breen A, Carter T et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J. 2006. 15 (suppl.2); S169-S161.