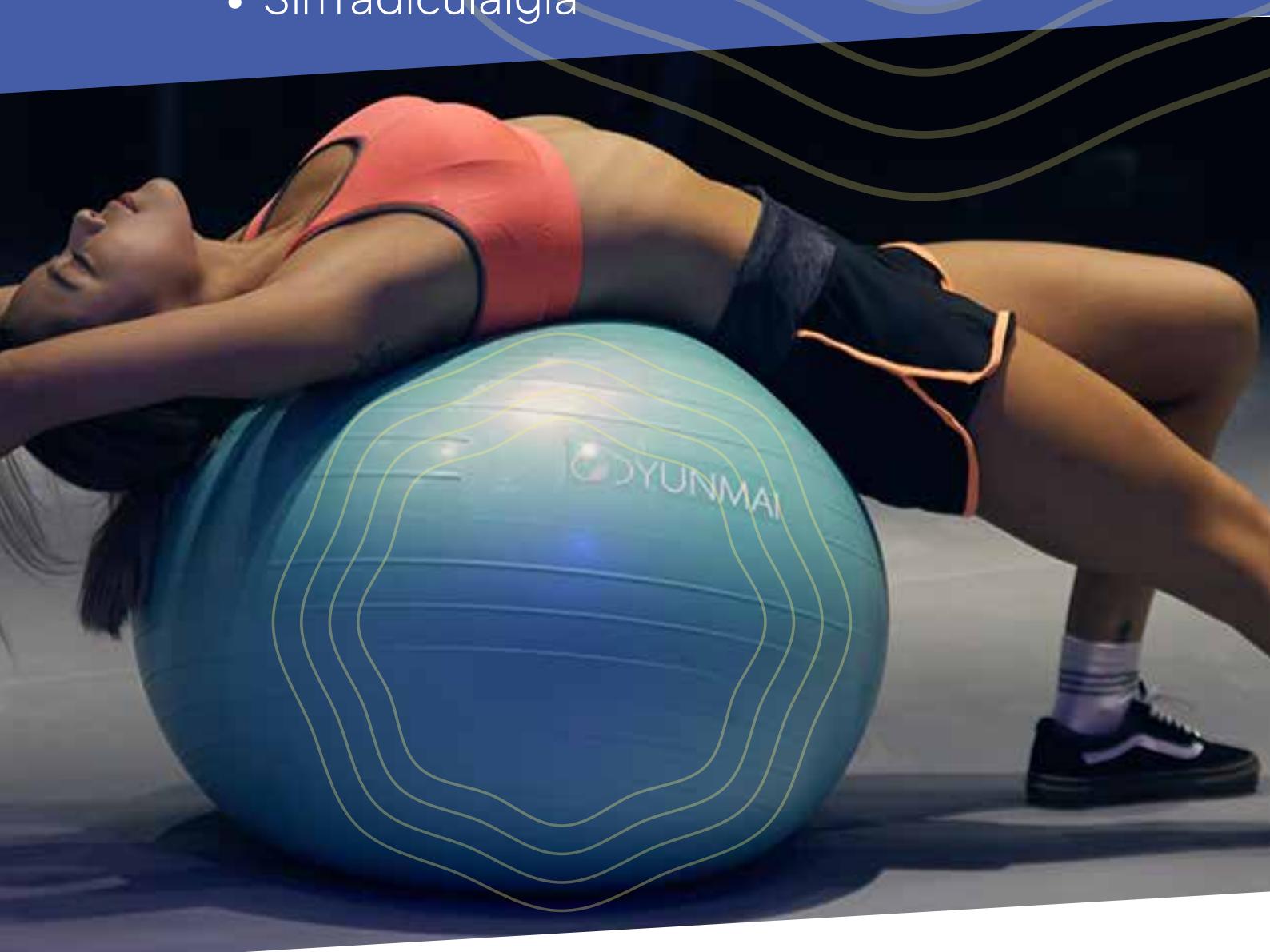


CRITERIOS DE DERIVACIÓN EN DOLOR

Lumbalgia aguda

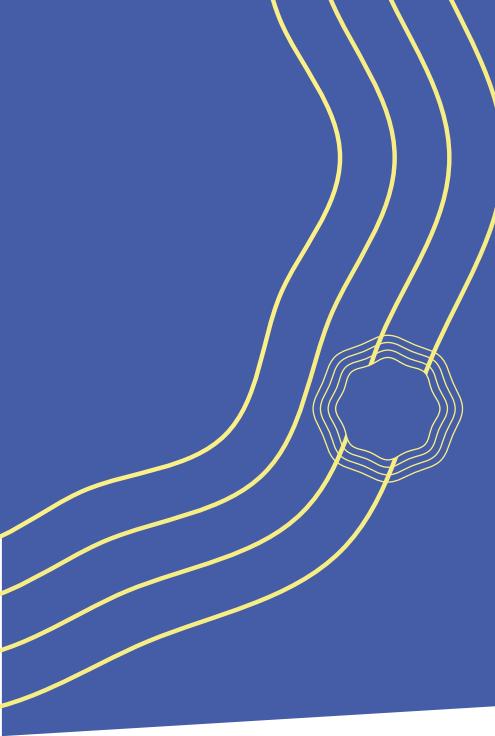
- Con radiculalgia
- Sin radiculalgia



Avalado por

CNC-20024-00127





AUTORES

ANTONIO MONTES PÉREZ

Jefe de Unidad del Dolor.
Hospital del Mar (Barcelona)

FRANCISCA MARTÍNEZ RIVAS

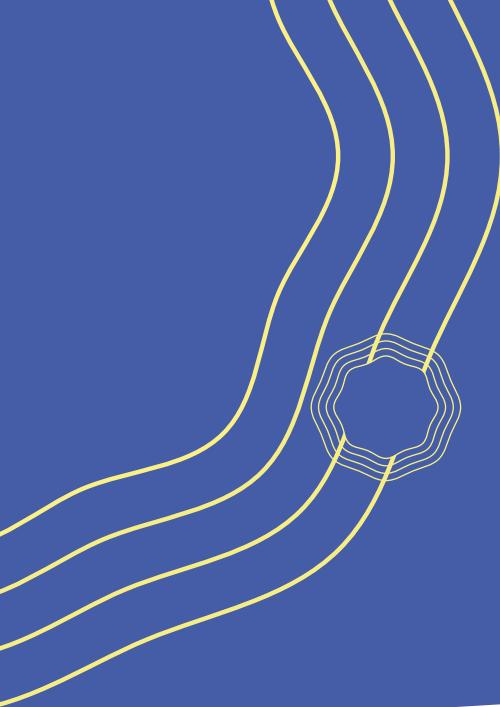
Médico de familia en
Centro de Salud La Rambla,
Área de Gestión Sanitaria Sur de
Córdoba (Córdoba)

B. VANESSA DÉNIZ SAAVEDRA

MFYC. Facultativo IIPP.
Miembro del GT dolor
y paliativos de Semergen

Este texto presenta la información fiel y honesta proporcionada por los autores, respetando los derechos de propiedad intelectual. Ferrer únicamente publica y difunde estos contenidos.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.



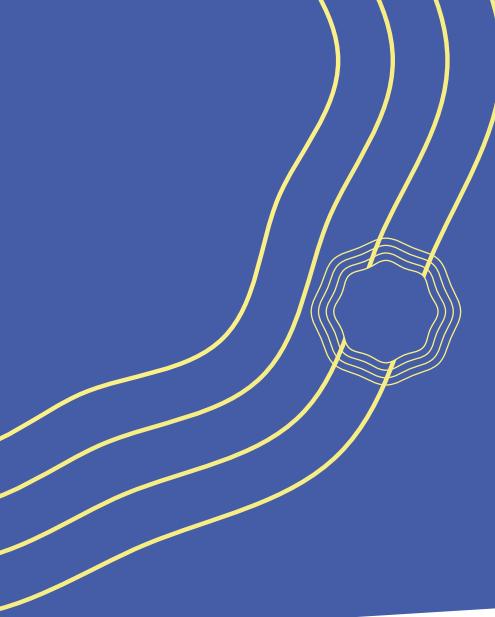
Presentación

Esta guía, avalada por SEMERGEN, ha sido diseñada para proporcionar a los médicos de Atención Primaria (AP) las herramientas necesarias para una **derivación adecuada** de los pacientes con algunos de los cuadros de dolor más habituales a los especialistas. En ella, se detalla la **información esencial**, junto a las **pruebas funcionales** requeridas, que permiten optimizar el proceso de referencia y facilitar el regreso del paciente al médico de AP para su **seguimiento y control** más eficaz.

Gracias al apoyo de **laboratorios Ferrer**, ha sido posible la elaboración de esta valiosa guía, que incluye los siguientes temas:

- Lumbalgia aguda con radiculalgia
- Lumbalgia aguda sin radiculalgia
- Claudicación por estenosis de canal lumbar
- Cervicalgia
- Gonalgia crónica

En esta primera entrega, el foco estará en la **lumbalgia**, proporcionando un recurso esencial para el manejo de esta patología en el ámbito de la Atención Primaria.



Lumbalgia aguda

- Con radiculalgia
- Sin radiculalgia

DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

La IASP (International Association for The Study of Pain) reconoce diferentes formas de dolor lumbar (dolor espinal lumbar, dolor espinal sacro y dolor lumbosacro) y explícitamente define a la lumbalgia aguda siguiendo unas bases topográficas, que localizan al dolor percibido en la zona lumbar o sacra de la columna que cubre la región limitada por:

- **Límite superior:** línea imaginaria entre borde inferior costal y última espinosa vertebral torácica.
- **Límite inferior:** línea imaginaria a través de la unión posterior sacro coccígea.
- **Límites laterales:** líneas verticales tangenciales a los bordes de los músculos erectores espinales que continúa hasta límite posterior, superior e inferior, de las espinas iliacas.

CLASIFICACIÓN POR DURACIÓN

En función de la duración, utiliza los términos de "aguda", "subaguda" y "crónica". La forma aguda, en referencia a un episodio de menos de tres meses de duración, la forma subaguda en episodios de más de 5 semanas y menos de tres meses de evolución, y la forma crónica cuando persiste más de tres meses.

EPIDEMIOLOGÍA

La lumbalgia aguda es un síntoma muy frecuente en la población general, que motiva numerosas solicitudes de consulta médica a nivel de atención primaria o en los servicios de urgencias, y posteriores derivaciones a distintas especialidades.

Por las bajas laborales que motiva, es la primera causa en días perdidos en el trabajo. Los factores de riesgo individuales que se asocian a la aparición del dolor lumbar son la edad, el tabaquismo, la forma física y los factores psicosociales como el estrés, la ansiedad, el estado de ánimo y el comportamiento hacia el dolor. Entre los factores generales desempeñan un papel importante las condiciones o situaciones que conllevan manipulación de pesos, las posiciones en flexión o torsión del cuerpo o con vibración generalizada, así como las relacionadas con la monotonía, la insatisfacción laboral y la falta de apoyo social. Entre los factores que favorecen la cronificación se encuentran la obesidad, el nivel cultural bajo, la existencia de trastornos afectivos o somatizaciones, así como la insatisfacción laboral y las bajas laborales prolongadas.

La prevalencia de la lumbalgia puntual es de un 12–33% y al año de un 22–65%⁽¹⁾.

Es especialmente frecuente en mujeres y entre los 40 y 80 años, cifrando la prevalencia media de dolor lumbar limitante de la actividad diaria tras los primeros síntomas, en 11,9%, mientras que al mes de persistir el dolor, es del 23,2%. La prevalencia es mayor en la adolescencia y disminuye en la población geriátrica, aunque estas cifras pueden tener importantes desviaciones dada la heterogeneidad de las muestras y las diferencias metodológicas.

La lumbalgia aguda, por su elevada prevalencia, alta complejidad (pueden estar implicadas diversas estructuras anatómicas, solas o en combinación), y una considerable variabilidad interindividual en respuesta a estímulos aparentemente similares, requiere un esfuerzo para sistematizar actuaciones.

Existe una gran variabilidad clínica en el abordaje de la lumbalgia, tanto en el ámbito de la atención primaria (AP) como de la especializada. Aunque lo más frecuente es que sea secundaria a un proceso inespecífico, en algunas ocasiones, la lumbalgia puede ser el síntoma de un proceso grave, como una infección o un cáncer, y por tanto deben conocerse los signos de alerta de que deben hacer sospechar esta posibilidad. La cirugía lumbar se plantea en determinadas situaciones clínicas, sobre todo en casos de hernia discal y canal estrecho lumbar, que no responden a tratamiento conservador.

La mayoría de los pacientes que presentan una lumbalgia aguda (85–90%) se encuadran en un grupo de lumbalgia inespecífica que suele resolverse espontáneamente o con tratamiento conservador en unas 4 semanas. En este grupo de pacientes no deben realizarse exploraciones complementarias iniciales, no son necesarias y no siempre es posible establecer un diagnóstico etiológico específico. La lumbalgia es un síndrome musculoesquelético complejo que engloba una serie de procesos que pueden te-

ner su origen a nivel lumbar (vértebras lumbares o estructuras de tejidos blandos como músculos, ligamentos, nervios y discos intervertebrales) o ser un dolor referido (abdomen, retroperitoneo, cadera, etc..). Por tanto el objetivo inicial, no será establecer un diagnóstico etiológico específico o concreto, simplemente será realizar una clasificación en una de las siguientes categorías:

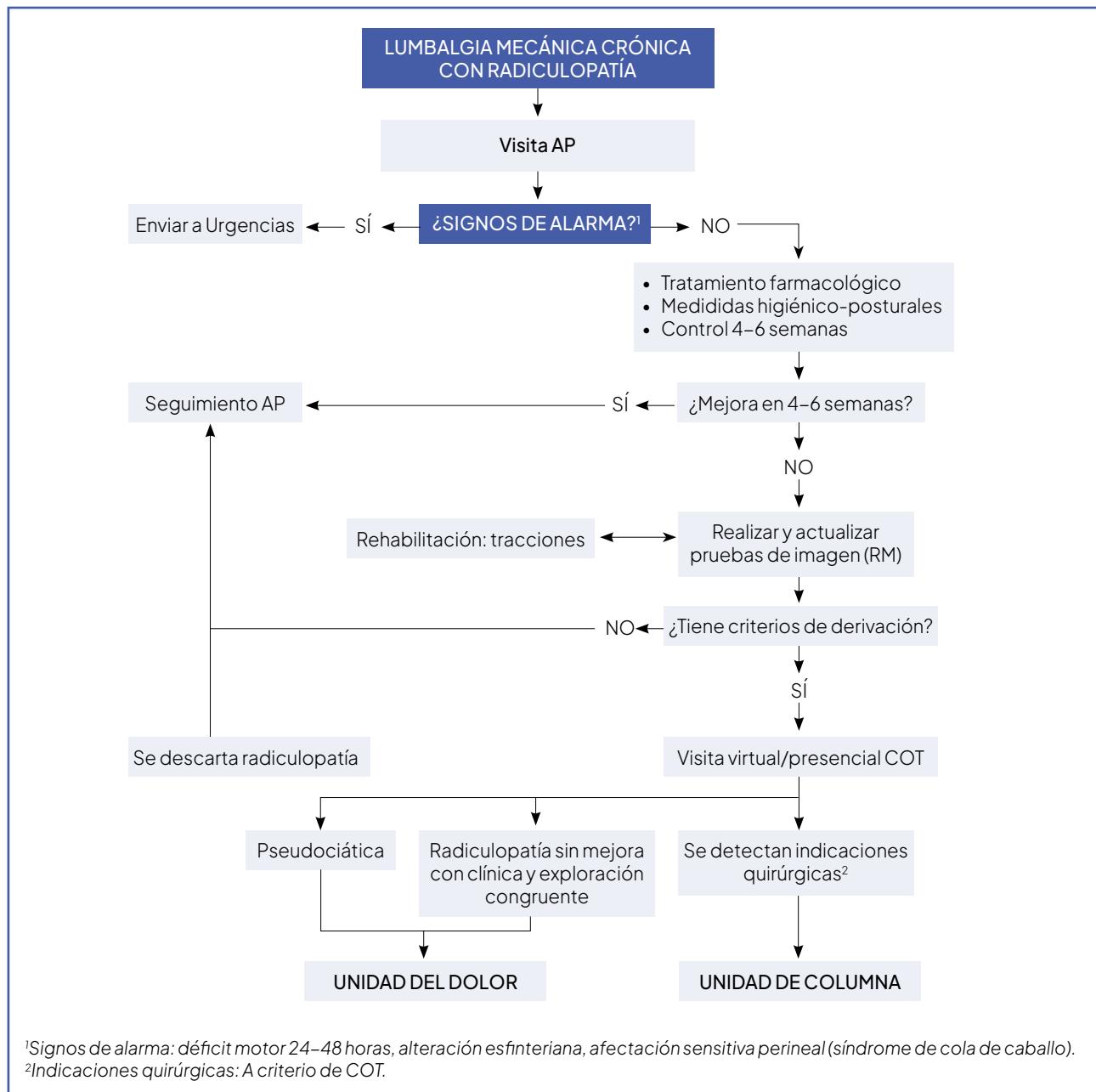
- **Lumbalgia con radiculalgia:** lumbalgia que irradia a uno o ambos miembros inferiores por debajo de la rodilla con maniobras radiculares positivas (compromiso neurológico).
- **Lumbalgia inespecífica sin radiculalgia.**
- **Lumbalgia asociada a estenosis de canal.**

APROXIMACION AL PACIENTE CON LUMBALGIA Y RADICULALGIA

Exploración física

La lumbalgia con radiculalgia se define como un dolor localizado entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de las nalgas, cuya intensidad puede variar en función de las actitudes y la actividad física, de más de 12 semanas de evolución, con irradiación en las extremidades inferiores, con una distribución metamérica congruente, que puede asociarse a alteraciones sensitivas y motoras, y con exploraciones complementarias (resonancia magnética: RM) congruentes con la clínica. En el algoritmo 1 se presenta la ruta asistencial del paciente con lumbalgia y radiculalgia.

La exploración física debe incluir la observación general (estática, marcha, coordinación) y la específica de la región lumbar. La inspección y palpación debe realizarse con el paciente desvestido y de pie, observando la alineación y curvas de la columna para valorar asimetrías, palpar apófisis espinosas y determinar contracturas musculares y puntos dolorosos. Posteriormente



ALGORITMO 1. Ruta asistencial del paciente con “Lumbalgia con radiculalgia”.

se valorarán las limitaciones de la movilidad en el plano sagital y frontal, y se realizará una exploración neurológica motora y sensitiva con el objetivo de descartar un compromiso de las raíces lumbares.

La exploración neurológica de los pacientes con radiculopatía lumbar es importante para lo-

calizar la raíz afectada. Cada raíz produce un cuadro clínico diferente determinado por la irradiación del dolor, la afectación sensitiva y motora, y la alteración de los reflejos.

Las radiculopatías lumbares bajas y de S1 son las más frecuentes y a pesar de existir cierto solape de dermatomas, existen unas zonas

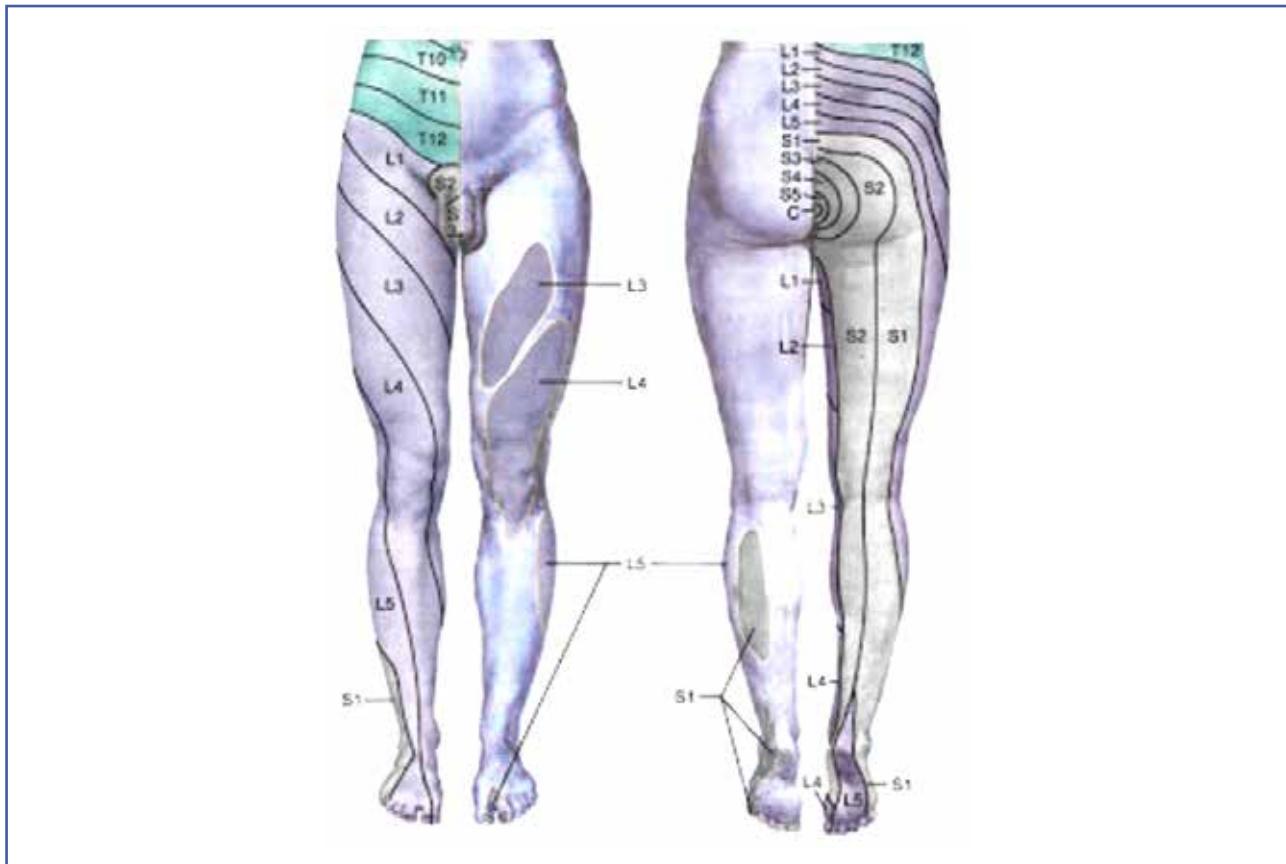


FIGURA 1. Territorios cutáneos de las diferentes metámeras lumbares y sacras.

más específicas para una determinada raíz: la planta del pie para S1, el dorso del pie para L5, la parte medial y posterior de la rodilla para L4, y la parte anterior del muslo para L2 y L3. La figura 1 muestra los territorios cutáneos de las diferentes metámeras lumbares y sacras, y las figuras 2 y 3 muestran como una hernia discal puede afectar a diferentes raíces nerviosas según el nivel y posición en el disco.

En la exploración neurológica específica, valoraremos la presencia de un déficit neurológico mediante la búsqueda sistemática de:

- Reflejos osteotendinosos, valorando presencia o abolición del reflejo patelar, tibial posterior y aquileo.
- Balance muscular, explorando como ejemplo la dorsiflexión del tobillo o del primer dedo del

pie con escalas de 0 a 5 (0=no actividad muscular, 5=normal).

- Distribución del dolor y alteración de la sensibilidad, de carácter metamérico o no (Fig. 1).
- Maniobras radiculares:
 - **Maniobra de Laségue (Fig. 4).** Con el paciente en decúbito supino, realizaremos la elevación de la pierna afectada con la rodilla en extensión. Se considera positiva, si aparece dolor irradiado en la extremidad por debajo de los 60° e indica afectación de las raíces L5 y S1. Si el dolor se produce únicamente en la región lumbar o en la nalga, se considera la maniobra de Laségue negativa.
 - **Maniobra de Laségue contralateral.** La elevación de la extremidad no afectada con extensión de la rodilla provoca dolor irradiado

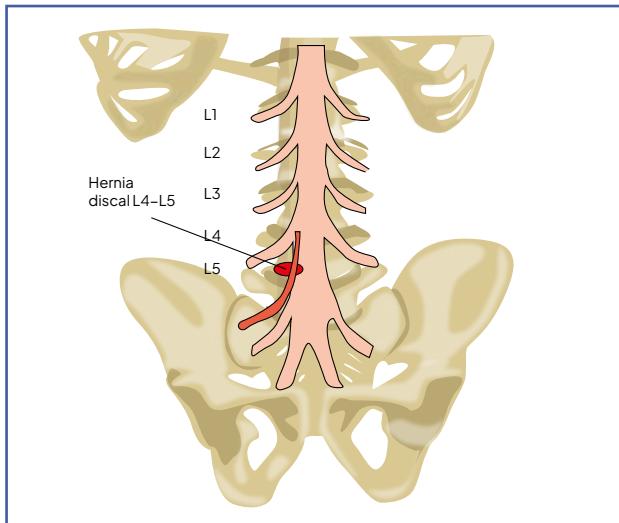


FIGURA 2. Hernia discal posterolateral a nivel disco L4–L5 que afecta la raíz L5.

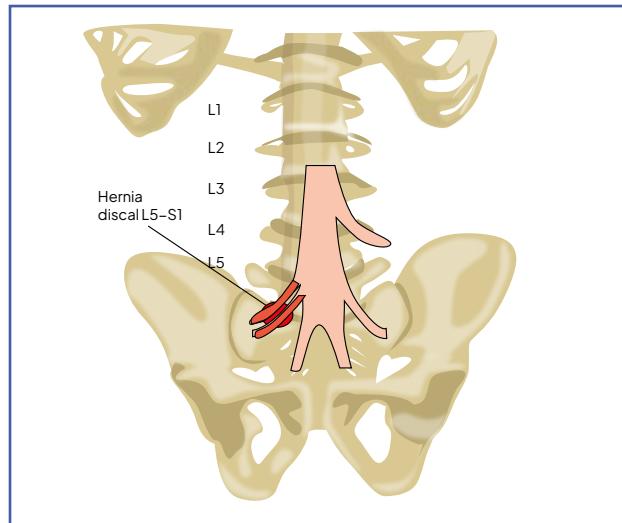


FIGURA 3. Hernia discal posterolateral a nivel disco L5–S1 que afecta a las raíces L5 y S1.

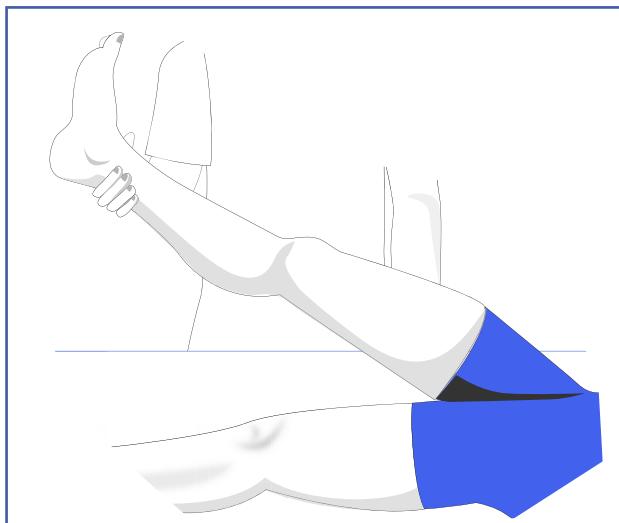


FIGURA 4. Maniobra de Lasègue.

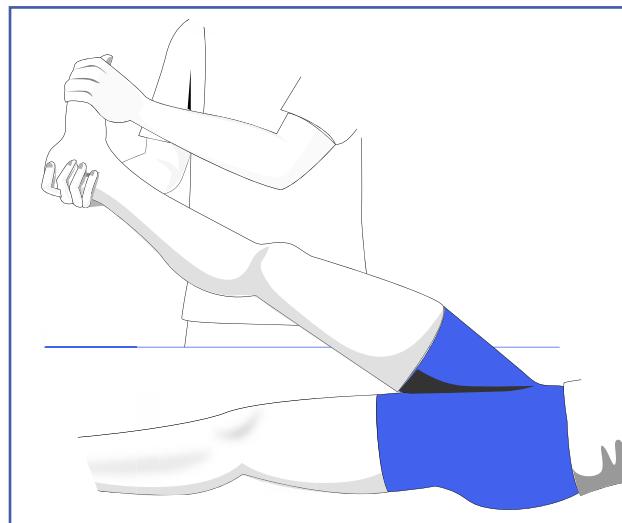


FIGURA 5. Maniobra de Bragard.

do en la extremidad afecta, indica también afectación de las raíces L5 y S1.

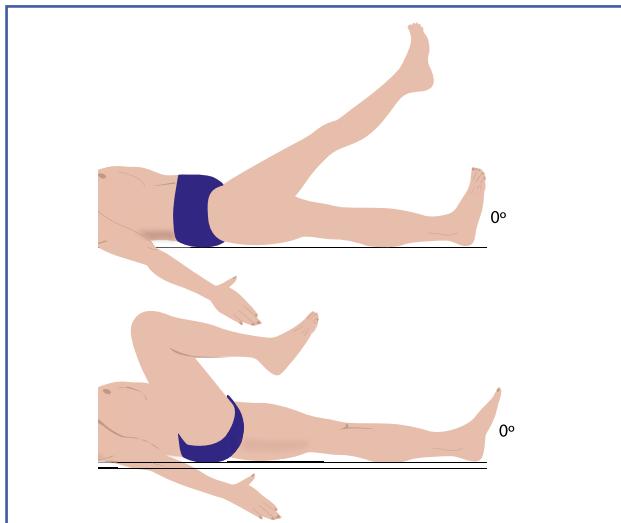
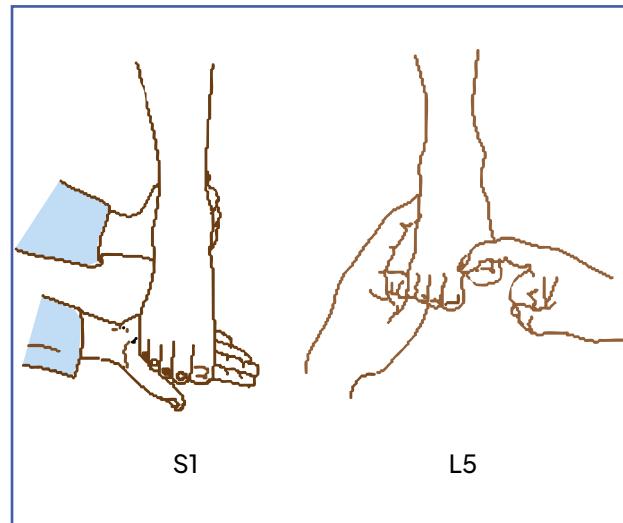
- **Maniobra de Bragard (Fig. 5).** Se explora mediante la flexión dorsal del pie con la pierna en posición de Lasègue extendido. La maniobra de Bragard provoca estiramiento ciático. La reproducción de dolor indica afectación radicular.

- **Maniobra de Kerning (Fig. 6),** también denominado verdadero Lasègue. Con el paciente

en decúbito supino, se eleva la extremidad afecta con la rodilla ligeramente flexionada, después se extiende la rodilla. Detecta también afectación radicular.

- **Maniobra de Lasègue posterior o signo de Leri.** Hiperextensión del muslo con la rodilla flexionada. Explora la articulación sacroiliaca y detecta afectación radicular de L4.

- **La deambulación de talones,** o la exploración en decúbito de la flexión dorsal del pie,

**FIGURA 6.** Maniobra de Kerning.**FIGURA 7.** Exploración de las raíces L5 y S1.

son maniobras equivalentes que nos permiten detectar también la afectación de la raíz L5 (Fig. 7).

- La **deambulación de puntillas**, o la exploración en decúbito de la flexión plantar del pie, son también equivalentes y nos permiten detectar la afectación de la raíz S1 (Fig. 7).

En casos de duda de posible compromiso radicular se recomienda simultanear las maniobras descritas. En la tabla I se muestra la irradiación del dolor y el déficit producido por la afectación de las diferentes raíces lumbosacras.

Es importante realizar el diagnóstico diferencial entre dolor radicular, dolor referido o dolor irradiado. Un dolor que irradia puede tener su origen a distancia o ser un dolor miofascial sin compromiso de una raíz nerviosa.

El hallazgo de signos de compromiso radicular es el único resultado de la exploración física que tiene valor predictor de cronificación del episodio doloroso.

Exploraciones complementarias

La mayoría de los pacientes con síntomas radiculares mejoran con un manejo conservador.

Las hernias discales suelen reducirse o se reabsorben en un periodo de unas 8 semanas⁽²⁾.

Sólo deben solicitarse pruebas de imagen en casos en que existan señales de alerta en la anamnesis y la exploración física, o una elevada sospecha de procesos potencialmente graves⁽³⁾.

En ausencia de un déficit neurológico progresivo o de signos de alerta, no existe evidencia de que las pruebas de imagen (tomografía computarizada (TC) o RM) tengan ninguna utilidad. Los hallazgos en la RM no tienen valor pronóstico ni aportan información sobre la planificación de un tratamiento conservador frente a uno invasivo. La decisión de una posible indicación quirúrgica ante una lumbalgia con radiculalgia debe realizarse siempre en función de los signos y síntomas.

Las exploraciones complementarias recomendadas son:

Radiología (Rx) simple

La principal indicación es la sospecha de fractura. En otras situaciones, la radiología simple es poco específica.

Debe realizarse un estudio radiológico en pacientes con signos de alarma: lumbalgias con rit-

TABLA I. IRRADIACIÓN DEL DOLOR Y DÉFICIT PRODUCIDO POR AFECTACIÓN DE LAS DIFERENTES RAÍCES LUMBOSACRAS

Raíz	Nivel	Irradiación del dolor	Déficit motor	Déficit sensitivo	ROT Afectado
L4	L3-L4	Cara anterior muslo hasta rodilla	Atrofia o debilidad del cuádriceps	Cara interna de la tibia	Rotuliano
		Cara anterior del tercio superior de la pierna (a veces)	Disminución o abolición del reflejo rotuliano		
L5	L4-L5	Cara externa del muslo y la pierna, hasta región dorsal del primer dedo	Debilidad extensión del primer dedo Dificultad marcha talones	Zona dorsal del pie entre los dedos 1º y 2º	Ninguno
S1	L5-S1	Cara posterior muslo y pierna hasta planta pie y 5º dedo	Dificultad para caminar de puntillas	5º dedo del pie	Aquileo
			Disminución o abolición del reflejo aquileo		
			Limitación flexión plantar del pie y del primer dedo		

mo inflamatorio, un primer episodio en pacientes de más de 50 años, lumbalgias agudas de repetición o subagudas, o en un paciente con lumbalgia crónica que consulta por primera vez y que refiere cambios en el patrón de dolor o frente a la aparición de signos o síntomas de alarma.

Se aconseja realizar proyecciones de frente y perfil. La proyección oblicua debe solicitarse en casos de sospecha de afectación pedicular o interapofisaria.

TC y RM

EITC y la RM sólo están indicados en la valoración inicial cuando sospechamos un síndrome de cola de caballo, un proceso tumoral o infeccioso, o una hernia discal acompañada de déficit motor significativo y progresivo.

El TC tiene menor coste económico que la RM pero comporta una mayor radiación. La RM

aporta mayor información por su elevada sensibilidad y la capacidad de ofrecer imágenes en diferentes planos. La RM está contraindicada en pacientes con marcapasos y portadores de prótesis o implantes quirúrgicos.

En el dolor radicular agudo y en el crónico secundario a un canal estrecho, la RM es de primera elección.

Gammagrafía ósea

Permite un estudio global del aparato locomotor, es más sensible que la radiología simple, pero menos específica y también comporta una elevada irradiación.

Está indicada en pacientes con sospecha de presencia de tumor, infección o fractura. Es muy sensible en la detección de metástasis óseas en pacientes con radiología normal. Contribuye a descartar fracturas patológicas y es útil

TABLA II. ADECUACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS SEGÚN TIPOS DE LUMBALGIA

		Pruebas de diagnóstico por la imagen priorizadas
Lumbalgia no complicada. No signos de alerta		Ninguna prueba
Lumbalgia asociada a trauma menor, osteoporosis, edad > 70 años		RX simple RM o TC
Lumbalgia asociada a sospecha de cáncer, infección o inmunosupresión		RM
Lumbalgia asociada a radiculopatía		RM
Lumbalgia asociada a cirugía previa de la columna lumbar		RX simple RM
Lumbalgia asociada a síndrome de la cola de caballo		RM
Lumbalgia de curso crónico simple (> 6 semanas a pesar de tratamiento conservador, sin sospecha de infección o neoplasia)		RX simple RM

en la discriminación entre fracturas antiguas y recientes.

Electromiografía

Los signos de denervación en la musculatura de las extremidades afectadas, sólo se detectan con esta técnica a partir de la tercera semana, y en una radiculopatía aguda no aporta ningún valor añadido a la exploración física.

La indicación principal de la electromiografía es la valoración evolutiva de una estenosis de canal.

En la tabla II, se presenta un cuadro resumen de la adecuación de las distintas pruebas diagnósticas según el tipo de lumbalgia⁽⁴⁾.

A partir de los datos de la visita se decidirá el especialista a quien derivar:

- COT o “Unidad Funcional de Columna Vertebral” (UFCV):
 - Lumbalgia con radiculalgia: Imprescindible RM lumbar para realizar la derivación. Si presenta déficit motor leve y/o subagudo derivar urgentemente a COT con visita vir-

tual, si el déficit es más importante (balance motor <4/5) y/o agudo (<48 horas) derivar a urgencias.

- Dolor lumbar de difícil filiación en contexto de cirugía de raquis previa.
- Dorso - Lumbalgia crónica con red flags (Tabla III): valorar derivar a urgencias de COT o visita urgente a la UFCV para ver en una semana como máximo.
- Síndrome Constitucional añadido.
- Pérdida de fuerza o inestabilidad en extremidades inferiores.
- Visitas repetidas a Urgencias en los últimos 3 meses.
- Unidad del Dolor:
 - Lumbalgia con radiculalgia: la derivación será realizada desde COT en los casos de radiculalgia con clínica y exploración congruente. Debe existir una RM lumbar reciente (hasta un año) relacionada con el episodio de lumbalgia con radiculopatía, habiéndose agotado las medidas farmacológicas.
 - Tratamiento Farmacológico:

- Debe prescribirse siguiendo un esquema analgésico escalonado, en función de la intensidad del dolor. Requiere un abordaje multimodal e individualizado que precisa combinar fármacos que actúen por distintos mecanismos.
- El analgésico de elección es paracetamol oral 1 g cada 8 horas (o cada 6 horas si es necesario; dosis máxima: 4 g/día).
- Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) por vía oral son útiles si existe un componente inflamatorio. La dosis y duración de tratamiento han de ser los menores posibles, valorando la relación beneficio/riesgo, fundamentalmente en pacientes de edad avanzada o con otros factores de riesgo (gastrointestinal, cardiovascular, renal).
- Paracetamol puede asociarse a un AINE y a otros analgésicos. No se recomienda asociar dos AINE (incluyendo como AINE también Metamizol).
- En casos de dolor intenso, el tratamiento de elección es paracetamol más un opioide débil, como tramadol.
- El uso de opioides fuertes (morfina, tapentadol, oxicodona, fentanilo e hidromorfona) deben reservarse sólo para situaciones de dolor intenso en las que los tratamientos anteriores no hayan resultado efectivos. Antes de iniciar un tratamiento con opioides fuertes se recomienda realizar una valoración del riesgo potencial de abuso, estabilizar trastornos psiquiátricos y retirar las benzodiacepinas y otros depresores del sistema nervioso central. En caso de precisar opioides fuertes (morfina, fentanilo, etc.) para un dolor intenso, debe realizarse un seguimiento estricto sin sobrepasar dosis equivalentes a 90 mg de morfina/día y retirarlos en casos de ineffectividad.

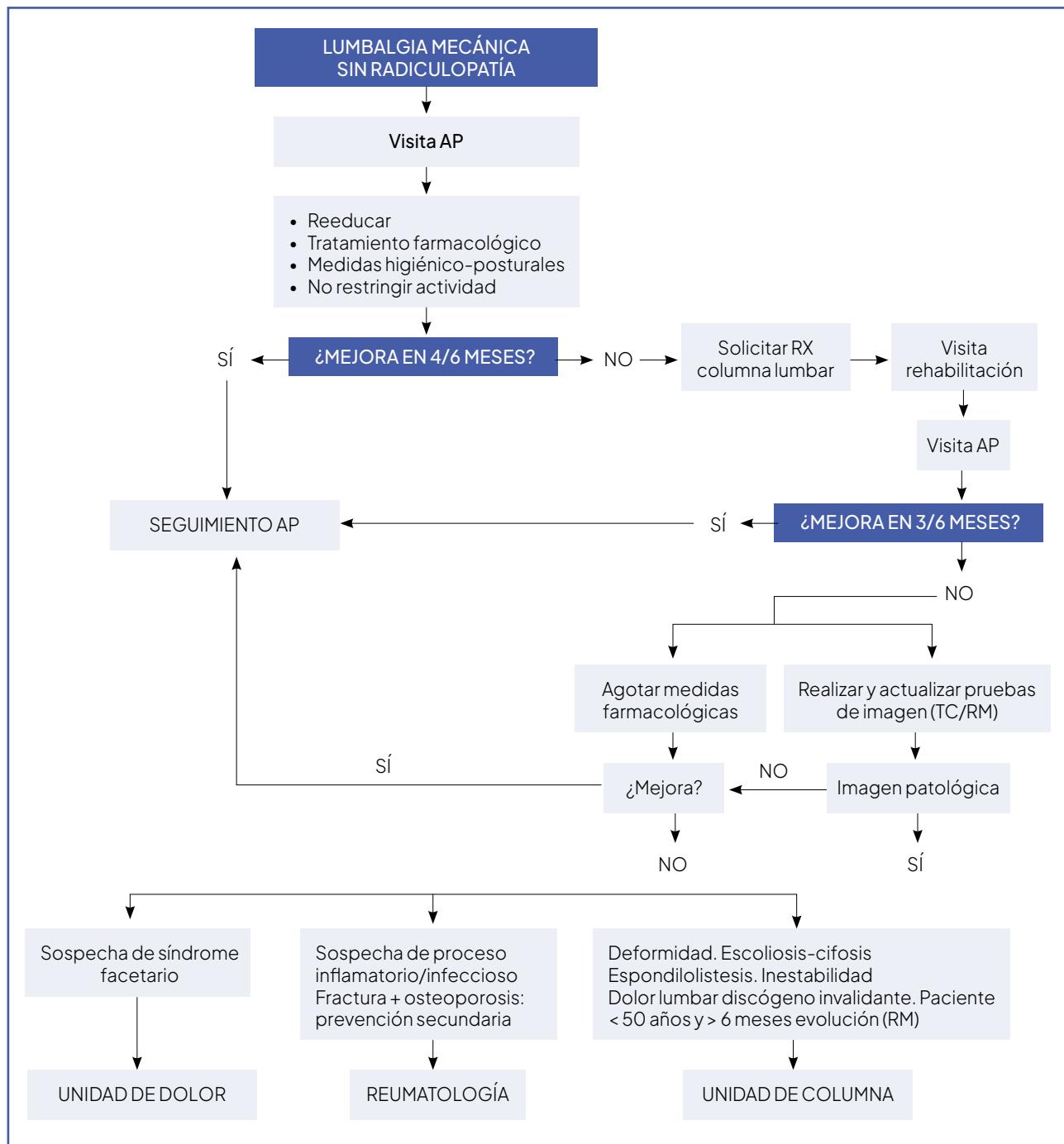
APROXIMACIÓN AL PACIENTE CON LUMBALGIA SIN RADICULALGIA

Exploraciones complementarias

Habitualmente, tras un episodio de lumbalgia aguda, la mayoría de pacientes mejoran su sintomatología en un periodo de 4 a 6 semanas. Pero hay pacientes, en los que persiste la discapacidad durante meses con episodios de recurrencia posterior durante el primer año, y una minoría de ellos desarrolla una intensa discapacidad que impide la reincorporación a su trabajo habitual. Este hecho conlleva la necesidad de identificar al grupo minoritario de pacientes que precisan de una atención especializada inicial, y posteriormente establecer tras un periodo de 4 semanas, un nuevo seguimiento para valorar a los pacientes que no han presentado mejoría, con el objetivo de identificar los factores que puedan favorecer la cronificación⁽⁵⁾.

El primer paso del algoritmo de manejo de la lumbalgia (Algoritmo 2), consiste en realizar una historia clínica con una anamnesis dirigida y un examen físico, que permita un cribado con el objetivo de detectar signos de alarma o “red flags” (Tabla III) de posible enfermedad sistémica o de afectación neurológica como son la compresión nerviosa, la patología tumoral o infecciosa, las fracturas o las enfermedades sistémicas. Es decir, detectar a los pacientes que precisan de una atención precoz especializada o que pueden responder a tratamientos específicos.

Las pruebas de imagen en pacientes con lumbalgia aguda inespecífica muestran alteraciones de la columna, también presentes en la población general que no desarrolla dolor lumbar. Imágenes como la espondilosis, espondilolisis o espondilolistesis mínimas, así como anomalías de la transición lumbosacra, alteraciones en articulaciones facetarias o des-



ALGORITMO 2. Ruta asistencial del paciente con “Lumbalgia sin radiculalgia”.

hidratación discal, pueden ser irrelevantes y no se asocian a un mayor riesgo de lumbalgia. Las imágenes de protusión o hernia discal, se observan con una frecuencia similar en pacientes con dolor de espalda y en la población sin do-

lor, por tanto, sólo son relevantes en los casos en que existen signos clínicos y exploratorios que demuestren compresión radicular (señal de alerta). La existencia de degeneración discal grave (estrechamiento del espacio discal,

TABLA III. SIGNOS DE ALARMA O “RED FLAGS” EN LA LUMBALGIA

Edad >55 o <20 años
Sospecha de infección: Fiebre, inmunosupresión, procesos infecciosos concomitantes, uso de drogas por vía parenteral.
Sospecha de enfermedad inflamatoria: Dolor con ritmo inflamatorio de predominio nocturno, inicio gradual antes de los 40 años, rigidez matinal, limitación de la movilidad lumbar, afectación inflamatoria de articulaciones periféricas, historia familiar o presencia de uveítis, iritis, psoriasis, colitis o uretritis.
Sospecha de neoplasia: Síndrome tóxico, antecedente de proceso neoformativo previo, inmunosupresión.
Déficit motor significativo o progresivo: Identificación precoz de pacientes con afectación nerviosa grave o con síndrome de cola de caballo, caracterizado por disfunción de la vejiga urinaria (retención o incontinencia súbita), perdida de tono del esfínter anal o incontinencia, anestesia perianal o debilidad global y progresiva de extremidades.

osteofitos y esclerosis) se asocia con una probabilidad mayor de padecer lumbalgia inespecífica pero no con un mayor riesgo de cronificación. En la población mayor de 65 años, más de la mitad de los pacientes presentan anomalías en la TC y en la RM.

A partir de los datos de la visita se decidirá el especialista a quien derivar.

Reumatología

- Lumbalgia mecánica crónica sin radiculopatía y con signos de alarma: síndrome constitucional, dolor características inflamatorias sobrañadido, o fiebre.
- Lumbalgia mecánica crónica sin radiculopatía, ni imagen patológica rebelde a tratamiento farmacológico estipulado, y con intolerancia a distintos fármacos o efectos secundarios.
- Fracturas vertebrales y mal control del dolor después de la terapia analgésica estipulada. Revisión del tratamiento antiosteoporótico.
- Existencia de patología inflamatoria asociada:

sacroileitis o sindesmofitos en columna lumbar.

COT o “Unidad Funcional de Columna Vertebral” (UFCV):

- Lumbalgia crónica sin radiculopatía en los siguientes casos:
 - Deformidad añadida: Cifosis-escoliosis.
 - Espondilolistesis o sospecha de inestabilidad.
 - Dolor lumbar discógeno de más de 3–6 meses evolución: dolor de predominio en sedestación y flexión de tronco. Prueba de imagen (RM o TC) imprescindible.
- Dolor lumbar de difícil filiación en contexto de cirugía de raquis previa.
- Estenosis de canal lumbar con claudicación neurógena: derivar con RM lumbar.
- Dorso-lumbalgia crónica con red flags: valorar derivar a urgencias de COT o visita urgente a la UFCV para ver en una semana como máximo.
 - Síndrome constitucional añadido.
 - Pérdida de fuerza o inestabilidad en extremidades inferiores.

- Visitas repetidas a Urgencias en los últimos 3 meses.
- Fractura vertebral osteoporótica con dolor invalidante, deformidad o clínica neurológica. Derivar a la UFCV en un plazo de 1-2 semanas.

Unidad del Dolor

- Lumbalgia mecánica crónica sin radiculopatía, cuando exista sospecha de síndrome facetario (dolor lumbar que puede irradiar a glúteos, zona inguinal o cara anterior de muslos, que se incrementa con bipedestación y sedestación prolongadas, y con maniobras de hiperextensión de la columna lumbar) debiendo existir una TC/RM lumbar reciente (hasta un año) relacionado con el episodio de lumbalgia, habiéndose agotado las medidas farmacológicas, ya descritas en el apartado de lumbalgia con radiculalgia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Vos T, Buchbinder R. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum.* 2012;64(6):2028-37.
2. Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, Brant-Zawadzki MN, Grooff PN, Mazanec DJ, Benzel EC. Acute low back pain and radiculopathy: MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. *Radiology.* 2005; 237(2):597-604.
3. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2009;373(9662):463-72.
4. Solà-Morales O, Galimany J. Lumbalgia crónica: utilización apropiada de las pruebas de diagnóstico por la imagen. Barcelona: Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud; 2010 [consultado el 31 de octubre de 2024]. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/D/diagnostic_per_la_imatge/recursos_professionals/indicacions_adequades/arxius/lumbalgia_proves_imatge_aiaqs_2010ca.pdf
5. Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low-back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ.* 2003; 327(7410):323.

