

Alteraciones de la columna vertebral

Lumbalgia, hernia discal

Referencias

- Cleveland, W.: Cuidados de enfermería de los adultos con trastornos musculoesqueléticos degenerativos, inflamatorios o autoinmunes. En: Beare y Myers: *Enfermería Médico Quirúrgica*. Madrid:Harcourt, 2000. Tercera edición. Volumen II; 43 : 1262-1317.
- Kunkler, C.: Trastornos del aparato locomotor. En: Lewis, Heitkemper y Dirksen: *Enfermería Médico Quirúrgica*. Madrid: Elsevier, 2004. Sexta edición. Volumen II; 62: 1751-1771.

Dolor lumbar

- **Lumbalgia**

- Problema de salud frecuente y de elevada morbilidad. Un 80% de los adultos han sufrido lumbalgia en alguna ocasión.
- Sólo precedido por el dolor de cabeza.
- Responsable de más bajas laborales que ninguna otra situación médica.

- **Etiología**

- La zona lumbar soporta la mayor parte del peso del cuerpo
- Es la región más flexible de la columna vertebral
- Contiene raíces nerviosas sensibles a lesión
- Tiene una estructura biomecánica vulnerable

Dolor lumbar

- **Etiología**
- Son varios los factores que se asocian con dolor lumbar:
 - Inactividad y ausencia de tono muscular
 - Exceso de peso corporal
 - Malas posturas y tensión relacionada con estrés indebido (hiperflexión)
 - Actividad laboral que obliga a trabajo pesado, largos periodos de sedestación, bipedestación, giros o la vibración

Dolor lumbar

- **Fisiopatología**
- Es debido a un problema muscular por:
 - esfuerzo lumbosacro agudo
 - inestabilidad del mecanismo óseo lumbosacro
 - osteoartritis de las vértebras lumbosacras
 - degeneración de los discos intervertebrales
 - herniación de los discos intervertebrales

Dolor lumbar

- **Manifestaciones clínicas**
- Puede presentarse desde una leve molestia de algunas horas de duración hasta un dolor agudo o crónico (que dura más de 3 meses ó es la repetición de episodios incapacitantes).
- Dolor localizado
- Dolor irradiado hacia la cadera o la pierna (radiculopatía: ciatalgia)
- Alteración de la marcha, de la bipedestación o la sedestación.
- El dolor lumbar agudo dura hasta 4 semanas, la mayor parte de casos mejora de manera espontánea en 2 semanas.

Dolor lumbar

- **Pruebas diagnósticas**
- TAC y RM: permite visualizar alteraciones óseas y discales en y alrededor del conducto vertebral
- EMG: en caso de radiculopatía con síntomas de más de 4 semanas.
- **Tratamiento y cuidados**
- Pauta combinada de analgésicos y relajantes musculares:
 - Analgésico tipo AINE
 - Relajante muscular tipo ciclobenzaprina
 - Reposo : uso restringido de corsé para prevenir la rotación, flexión y extensión de la región lumbar
 - Calor local
 - Evitar toda actividad que empeore el dolor

Evolución del dolor lumbar

- Mejoría del dolor
 - Asintomático tras el tratamiento
 - Emprender acciones de mejora de la higiene de la columna
- Persistencia del dolor sin síntomas neurológicos
 - Continuar la rehabilitación con medios físicos locales (calor local, ultrasonido)
 - Enseñanza sobre actividad física para mejorar la higiene postural.
 - Uso de corsé con restricciones
 - Seguimiento hasta desaparición del dolor

Evolución del dolor lumbar

- Persistencia del dolor y aumento de los síntomas neurológicos
 - Se requieren estudios complementarios
 - EMG, TAC o RN
 - Reposo y uso de corsé
 - Eventual manejo quirúrgico

Dolor lumbar

- **Tratamiento y cuidados**
- El tratamiento fundamental incluye:
 - Corregir las malas posturas, que implican una curvatura excesiva hacia delante de la parte inferior de la columna
 - Aprender posiciones correctas de sueño
 - No dormir en decúbito prono porque produce excesiva lordosis lumbar.
 - No usar colchón blando
 - Dormir en decúbito supino o de lado (utilizar almohada bajo el hueco poplíteo y entre las rodillas)
 - Caderas flexionadas para evitar presión innecesaria sobre la zona de apoyo lumbosacra

Dolor lumbar

- **Tratamiento y cuidados**

- Hacer ejercicio para fortalecer los músculos abdominales y dorsales, débiles
- Aprender prácticas que respeten la espalda
- Perder el peso excesivo, especialmente del abdomen, que ejerce una tracción constante hacia delante de los músculos de la espalda y debilita aún más los abdominales

Dolor lumbar

- **Educación en salud**
- **NO DEBE**
 - Agacharse sin doblar las rodillas
 - Subir pesos por encima del nivel de los codos
 - Dormir sobre el abdomen, la espalda o de lado con las piernas rectas
 - Permanecer de pie en la misma posición durante tiempo prolongado
 - Hacer ejercicio sin consultar con su médico o fisioterapeuta cuando hay dolor agudo

Dolor lumbar

- **Educación en salud**
- **DEBE EVITAR LA SOBRECARGA LUMBAR**
 - Colocando un pie sobre una banqueta durante los periodos largos de bipedestación
 - Dormir de lado con las caderas y las rodillas flexionadas
 - Dormir de espaldas con un alza de 25 cm. de alto bajo las rodillas
 - Sentarse en una silla con las rodillas más altas que las caderas
 - Hacer ejercicios con movimientos lentos, 15 mts. mañana y tarde, comenzando siempre con un calentamiento de 2-3 mts.
 - Evitar quedarse frío durante o después del ejercicio
 - Mantener el peso corporal
 - Usar calor local y aplicación de frío (en los momentos de dolor agudo)
 - Usar una almohada en la zona lumbar para sentarse

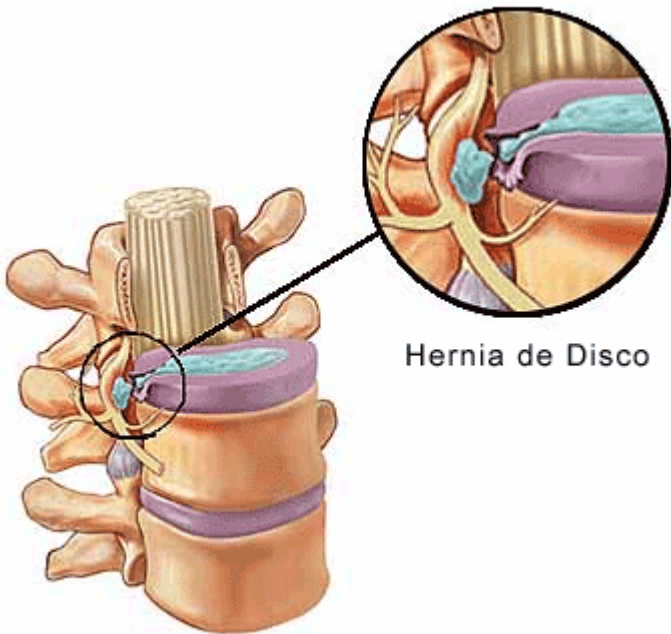
Dolor lumbar

- **Tratamiento y cuidados**
- La cirugía está indicada en pacientes con dolor lumbar crónico e importante, que no responden al tratamiento conservador y/o que tienen déficits neurológicos mantenidos

Hernia discal

- La superficie de los cuerpos vertebrales de toda la columna, está separada por discos intervertebrales, cuyo desplazamiento produce la hernia de disco.
- El núcleo pulposo (centro gelatinoso del disco) puede romperse y producir una lesión aguda y dolor en la espalda.
- Las zonas más frecuentes de hernia discal son L4-5 y L5-S1. También se dan en C5-6 y en C6-7
- **Etiología**
 - degeneración natural de la edad
 - estrés repetido sobre la columna vertebral
 - traumatismo sobre la columna

Hernia Discal



Hernia discal

- **Fisiopatología**
- La degeneración del disco da lugar a un estrechamiento intervertebral y a una disminución de la eficiencia de su función.
- Conforme continúa el estrés sobre el disco degenerado, si finalmente excede la fuerza del disco, se produce la herniación del mismo.
- Puede producirse compresión de las raíces nerviosas y de la médula

Hernia discal

- **Manifestaciones clínicas**
- Dolor lumbar irradiado hacia los glúteos y hacia debajo de la rodilla, a lo largo de la distribución del nervio ciático (radiculopatía)
- A la exploración puede presentar:
 - Aumento de dolor con la elevación recta de la pierna (indica irritación del nervio ciático)
 - Disminución o ausencia de reflejos, dependiendo de la raíz medular afectada
 - Parestesias o debilidad muscular en las piernas, los pies o los dedos de los pies
 - Incontinencia urinaria o fecal, impotencia: indican compresión de numerosas raíces de los nervios

Hernia discal

- **Pruebas diagnósticas**
- RN o TAC para localizar la hernia
- EMG para determinar la gravedad de la radiculopatía y para descartar otras situaciones patológicas (neuropatía periférica)
- **Tratamiento y cuidados**
- Inicialmente se ensaya tratamiento conservador (de 3 a 6 semanas)
 - limitación de los movimientos extremos de la columna (reposo, corsé)
 - aplicación de calor o frío
 - ultrasonidos
 - tracción

Hernia discal

- **Tratamiento y cuidados**
- Tratamiento farmacológico
 - AINE y analgésicos
 - Relajantes musculares, especialmente si hay contractura
 - Esteroides: si existe dolor radicular agudo en ciclos cortos de pocos días (7-10 días)
 - Calor superficial o profundo (ultrasonido, onda corta)

Hernia discal

- **Tratamiento y cuidados**
- Una vez ha cedido el cuadro agudo, instaurar la práctica de ejercicios y adoptarla como hábito de vida.
- Enseñar el mantenimiento de buenos mecanismos corporales.
- Puede estar indicada la cirugía si empeora la radiculopatía de forma progresiva o existe pérdida del control de esfínteres

Hernia discal

- **Tratamiento quirúrgico**
- Indicada en caso de
 - No respuesta al tratamiento conservador
 - Persistencia del dolor
 - Déficit neurológico persistente
- **Procedimientos**
- *Laminectomía*
 - Implica la escisión quirúrgica de la lámina (parte del arco posterior de la vertebra) para llegar a la parte del disco que protuye y poder extirparlo.
- *Disquectomía*
 - Se realiza para descomprimir la raíz nerviosa

Hernia discal

- **Tratamiento quirúrgico**
- *Fusión de la columna*
 - Si existe un mecanismo óseo de inestabilidad
 - Fijación metálica con placas o clavos que disminuyen la movilidad vertebral y proporcionan mayor estabilidad
 - Crear una anquilosis (fusión) de las vértebras mediante injerto de hueso (de cresta iliaca o de peroné) del propio paciente o de cadáver.

Intervenciones de enfermería

- Administración de analgésicos (2210)
- Aplicación de calor o frío (1380)
- Manejo del dolor (1400)
- Enseñanza: actividad ejercicio prescrito (5612)
- Terapia de ejercicios: control muscular (0226)
- Fomento del ejercicio (0200)
- Manejo del peso (1260)
- Fomento de los mecanismos corporales (0140)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Ejercicios preventivos:
 - www.iqb.es
 - mapaweb/reumatología/ejercicios