

Recomendaciones

Guía de atención integral de Seguridad y Salud en el Trabajo para dolor lumbar inespecífico y enfermedad discal

1.1. Preguntas clínicas abordadas por la guía

1.1.1. Pregunta 1.

¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar dolor lumbar inespecífico o enfermedad discal de origen ocupacional?

1.1.2. Pregunta 2.

¿Cuáles intervenciones son efectivas para prevenir el dolor lumbar inespecífico o la enfermedad discal de origen ocupacional?

1.1.3. Pregunta 3.

¿Cuál es la estrategia más efectiva de vigilancia para prevenir el desarrollo de dolor lumbar inespecífico o la enfermedad discal de origen ocupacional?

1.1.4. Pregunta 4.

¿Cuál es el método más adecuado para el diagnóstico de dolor lumbar inespecífico o enfermedad discal de origen ocupacional?

1.1.5. Pregunta 5.

¿Cuál es la intervención ocupacional más efectiva para los casos de dolor lumbar inespecífico o enfermedad discal de origen ocupacional?

Te

1.2. Resumen de recomendaciones

1.2.1. Factores de riesgo

De acuerdo a la evidencia revisada, los factores de riesgo para dolor lumbar inespecífico y enfermedad discal de origen ocupacional son:

Sexo

FACTORES BIOMECANICOS

Trabajo físico pesado (levantar, empujar y manejo de materiales (pesado))

>12.5 kg

> 25 kg

Movimientos repetitivos (Jardinería, construcción, conducción)

Actividad laboral de pie o caminando (> 2 horas)

Actividad sentado en el trabajo

Actividades de flexión/rotación del tronco en el trabajo (>2 horas/día)

FACTORES FISICOS

Actividades de vibración corporal en el trabajo

Cuerpo completo (>10 horas por semana)

Localizado

FACTORES PSICOSOCIALES

Percepción del trabajo

Apoyo social en el trabajo

HABITOS DE VIDA

Consumo de cigarrillo

Obesidad

RECOMENDACIONES	DIRECCION FUERZA	
Se sugiere realizar la identificación de peligros a través de la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos, auto reportes de condiciones de trabajo, inspecciones estructuradas de condiciones de trabajo con exposición a factores de riesgo de enfermedad dorso lumbar	A favor	Débil
Se sugiere la utilización de las listas de chequeo o de verificación orientadas a la identificación de condiciones de riesgo ocupacional para enfermedad dorso lumbar	A favor	Débil
Se sugiere realizar valoración de la carga física con herramientas validadas con el fin de establecer un inventario de riesgos, establecer prioridades de intervención y verificar el impacto de las acciones para el control.	A favor	Débil
Se sugiere la evaluación de la situación de trabajo de acuerdo con las características de cada situación de riesgo y las herramientas disponibles, que incluya la	A favor	Débil

evaluación del sistema de trabajo en su integralidad.		
Se recomienda evaluar una situación de trabajo que involucre la manipulación manual de cargas, evaluando las exposición de factores biomecánicos, psicosociales y ambientales y organizacionales	A favor	Débil
Se sugiere la identificación, evaluación y control de los riesgos presentes en el puesto de trabajo (incluido el entorno), mediante la intervención ergonómica, incluyendo aspectos de diseño del puesto de trabajo, manejo de cargas, superficies de trabajo, dimensiones de los objetos manipulados, ayudas mecánicas, herramientas, materiales y equipos, organización del trabajo, aspectos psicolaborales.	A favor	Débil
Se sugiere la promoción de estilos de vida y trabajo saludables, haciendo énfasis en la identificación y corrección de factores de riesgo modificables presentes en el puesto de trabajo (incluido el entorno), mediante la asesoría del sitio de trabajo.	A favor	Débil
Se sugiere realizar control médico de los individuos en riesgo de presentar dolor lumbar de manera anual.	A favor	Débil
Se sugiere el desarrollo de programas ergonómicos permanentes en el trabajo, orientados en la identificación de situaciones de riesgo laborales para enfermedad dorso lumbar.	A favor	Débil
No se recomienda el uso del soporte lumbar o cinturón ergonómico como intervención preventiva.	No a favor	Débil
Se sugiere la modificación de los factores de riesgo por medio de intervenciones organizacionales del trabajo.	A favor	Débil
Se sugiere el desarrollo de programas de instrucción y supervisión de conductas seguras en técnicas de manejo de cargas y supervisión de los métodos de manipulación de fuerzas.	A favor	Débil
No se recomienda el uso de tapetes, plantillas antifatiga ni ortesis para la prevención del dolor lumbar.	No a favor	Débil
Se sugiere incluir programas de actividad física para el fortalecimiento físico en los individuos en actividades de riesgo para enfermedad dorso lumbar.	A favor	Débil

1.1.1. Recomendación para la vigilancia de dolor lumbar inespecífico o enfermedad discal de origen ocupacional

RECOMENDACIONES	DIRECCION FUERZA	
Se sugiere realizar seguimiento anual de los individuos expuestos a condiciones laborales de riesgo para presentar enfermedad dorsolumbar	A favor	Débil

Se sugiere realizar una evaluación médica de ingreso a la actividad laboral para identificar factores de riesgo individuales y laborales relacionados con enfermedad dorsolumbar	A favor	Débil
Se sugiere que en el examen médico periódico se incluya análisis de factores de riesgo individuales, evaluación de síntomas osteomusculares y neurológicos, antecedente de dolor lumbar, antecedentes familiares, hábitos de vida, actividad física	A favor	Débil
Se sugiere que en el examen físico ocupacional se incluya la valoración de la postura, marcha, evaluación osteomuscular y neurológica con énfasis en la alineación de toda la columna vertebral, la fuerza muscular de los paraespinales y de los músculos de las extremidades inferiores. Se recomiendan pruebas específicas cuando se sospecha irritación radicular (Signo de Lasègue, Signo de abducción de miembro inferior).	A favor	Débil
Se recomienda la utilización del cuestionario de tamización para la identificación de trabajadores con condiciones de riesgo o con enfermedad dorsolumbar (Acute Low Back Pain Screening Questionnaire (ALBPSQ), Vermont Disability Prediction Questionnaire (VDPQ), Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (OMPSQ), Screening Questionnaire for Predicting Outcome in Acute and Subacute Back Pain, HFK-R 10, Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ), LBP Patient Perception Scale (PPS), INTERMED Questionnaire, Chronic Pain Coping Inventory (CPCI), Metodo McKenzie)	A favor	Fuerte
Se recomienda el uso de la ecuación para predecir el riesgo de presentar dolor lumbar en trabajadores con labores de carga propuesta por NIOSH	A favor	Fuerte

1.1.2. Recomendación sobre el diagnóstico de dolor lumbar inespecífico o enfermedad discal de origen ocupacional

RECOMENDACIONES PRELIMINARES	DIRECCIÓN	FUERZA
Se sugiere que el diagnóstico de enfermedad dorso lumbar de origen ocupacional se realice por medio de dos pruebas diagnósticas: la historia clínica y el examen físico y neurológico completo	A favor	Débil
Se recomienda que ante cualquier signo de alarma (patología espinal, síndrome de cola de caballo) encontrado durante el interrogatorio y examen clínico, el paciente se remita al médico especialista inmediatamente (neurólogo, ortopedista especialista	A favor	Débil

en columna o fisiatra según sea el caso).		
Se recomienda realizar resonancia nuclear magnética en pacientes con diagnóstico de hernia discal con signos de irritación radicular	A favor	Fuerte
Se recomienda realizar TAC solamente en casos de dolor lumbar de más de 6 semanas con un componente radicular	A favor	Fuerte
No se recomienda realizar la radiografía de columna lumbar en pacientes con dorso lumbalgia	En contra	Fuerte

1.1.3. Recomendación sobre la intervención ocupacional más efectiva para los casos de dolor lumbar inespecífico o enfermedad discal de origen ocupacional

RECOMENDACIONES	DIRECCION	FUERZA
Se recomienda incluir programas educativos a los pacientes con DL y EDI	Fuerte a favor	Fuerte
Se recomienda iniciar ciclos cortos de anti inflamatorios no esteroideos (1, 2 semanas) en pacientes con dolor lumbar o EDI	Fuerte a favor	Fuerte
Se sugiere incluir la fisioterapia para el tratamiento del individuo con DL y EDI	Fuerte a favor	Débil
No se recomienda la aplicación de tracción como alternativa de tratamiento en pacientes con DL y EDI	Fuerte en contra	Fuerte
Se recomienda la implementación de intervenciones de rehabilitación multidisciplinaria biopsicosocial en trabajadores con diagnóstico de dolor lumbar y enfermedad discal en actividades laborales de riesgo.	Fuerte a favor	Fuerte
Se sugiere incluir estrategias de manejo postural, orientadas al trabajador en riesgo de enfermedad dorso lumbar y enfermedad discal, para mejorar los síntomas, aumentar la independencia y reducir el riesgo de complicaciones.	Fuerte a favor	Débil
Se sugiere incluir programas de actividad física para rehabilitación física del paciente con enfermedad dorso lumbar	A favor	Débil
Se sugiere incluir intervenciones de asesoramiento de actividades del hogar y condiciones de vivienda en pacientes con EDL	A favor	Débil


Referencias

- 1 Deyo RA, Mirza SK, Martin BI. Back pain prevalence and visit rates: estimates from U.S. national surveys, 2002. *Spine* 2006;**31**(23):2724-7.
- 2 Harreby M, Kjer J, Hesselsoe G, Neergaard K. Epidemiological aspects and risk factors for low back pain in 38-year-old men and women: a 25-year prospective cohort study of 640 school children. *European Spine Journal* 1996; **5**(5):312-8.
- 3 Tse LY, Lam TH, Yip HK. Physical Health. Report on Population Health Survey. Department of Health, Hong Kong. 2003/2004:31.
- 4 Cassidy JD, Carroll LJ, Côté P. The Saskatchewan health and back pain survey. The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine* 1998;**23** (17):1860-7.
- 5 McKinnon ME, Vickers MR, Ruddock VM, Townsend J, Meade TW. Community studies of the health service implications of low back pain. *Spine* 1997;**22**(18):2161-6.
- 6 Strauss S, Guthrie F, Nicolisi F. Prevalence of pain complaints in a general population: an Australian study. *Australian Association Musculoskeletal Medicine Bulletin* 1993;**9**:54-61.
- 7 Ihlebaek C, Hansson TH, Laerum E, Brage S, Eriksen HR, Holm SH, et al. Prevalence of low back pain and sickness absence: a "borderline" study in Norway and Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006;**34**(5):555-8.
- 8 Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet* 32 1999;354:581-5.
- 9 Brage S, Ihlebaek C, Natvig B, et al. Musculoskeletal disorders as causes of sick leave and disability benefits. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2010;130:2369-70. 33
- 10 Hoy DG, Bain C, Williams G, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012.
- 11 Choi BCK, Tennessee LM, Eijkemans GJM. 2001. Developing regional workplace health and hazard surveillance in the Americas. *Pan Am J Pub Health* 10: 376-381.
- 12 Guo H-R, Tanaka S, Cameron LL, Seligman PJ, Behrens VJ, Ger J, Wild DK, Putz-Anderson V. 1995. Back pain among workers in the United States: National estimates and workers at high risk. *Am J Industr Med* 28: 591-602.
- 13 Guía de atención integral basada en la evidencia para Dolor Lumbar Inespecífico y Enfermedad Discal relacionados con la manipulación manual de cargas y otros factores de riesgo en el lugar de trabajo (GATI- DLI- ED). Ministerio de la protección social. 2006.
- 14 Woolf AD, Hazes JM, Akesson K, Khaltaev N, Cimmino M, Dieppe P, et al. The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium. Report of a WHO Scientific Group, in WHO Technical Report Series; 919. 2003:102-3.
- 15 Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000;84(1):95-103.

- 16 Druss BG, Rosenheck RA, Sledge WH. Health and disability costs of depressive illness in a major U.S. corporation. *American Journal of Psychiatry* 2000;157(8): 1274–8.
- 17 Pincus T, Santos R, Breen A, et al. A review and proposal for a core set of factors for prospective cohorts in low back pain: a consensus statement. *Arthritis Rheum* 35 2008;59:14–24.
- 18 Hoogendoorn WE, Bongers PM, de Vet HC, et al. Flexion and rotation of the trunk and lifting at work are risk factors for low back pain: results of a prospective cohort 36 study. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25:3087–92.
- 19 van den Heuvel SG, Ariens GA, Boshuizen HC, et al. Prognostic factors related to recurrent low-back pain and sickness absence. *Scand J Work Environ Health* 37 2004;30:459–67.
- 20 Harkness EF, Macfarlane GJ, Nahit ES, et al. Risk factors for new-onset low back 38 pain amongst cohorts of newly employed workers. *Rheumatology (Oxford)* 2003;42:959–68. 39
- 21 Bergquist-Ullman M, Larsson U. Acute low back pain in industry. A controlled prospective study with special reference to therapy and confounding factors. *Acta Orthopaedica Scandinavica* 1977;170:1–117.
- 22 Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. [DOI: 10.1002/ 14651858.CD001254.pub2]
- 23 Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. [DOI: 10.1002/14651858.CD000335.pub2]



MINTRABAJO

 Carrera 14 No. 99-33. Bogotá, D.C.

 www.mintrabajo.gov.co

 @MintrabajoCol



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud

 Autopista Norte #118-30, oficina 201
Bogotá D.C.

 contacto@iets.org.co

 www.iets.org.co

 [ietscolombia](#)

 ietscolombia.blogspot.com

 @ietscolombia
