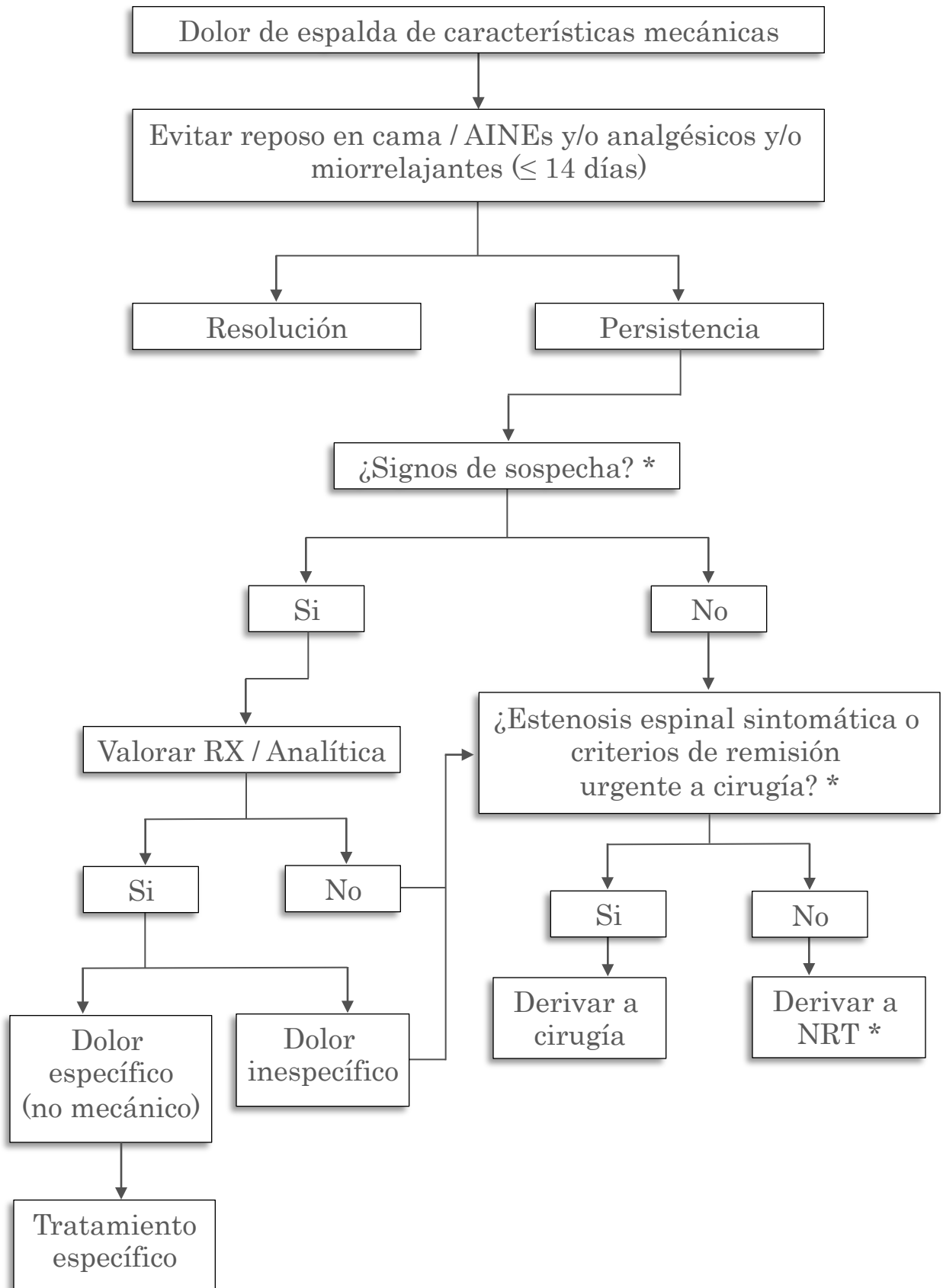


# Protocolo de derivación a intervención NRT en el Sistema Nacional de Salud



La existencia de signos de sospecha NO descarta necesariamente que el dolor de espalda sea de origen mecánico (o “inespecífico”). Si existen, simplemente hay que valorar la conveniencia de pedir:

- Velocidad de Sedimentación Globular (VSG)
- Radiología simple (o gammagrafía en caso de traumatismo muy reciente).
- Pruebas neurofisiológicas (o derivación a neurología) en caso de signos neurológicos diseminados.

\* **Signos de sospecha:**

1. Aparición del dolor antes de los 20 o después de los 55 años.
2. Dolor exclusivamente dorsal.
3. Dolor constante, progresivo o que no varía en función de posturas, movimientos y esfuerzos.
4. Imposibilidad persistente de flexionar 5 grados la columna vertebral hacia delante.
5. Signos neurológicos diseminados.
6. Signos de afectación general (pérdida no justificada de peso).
7. Antecedentes de:
  - a) Traumatismo reciente (por ejemplo, caída o precipitación en anciano).
  - b) Cáncer.
  - c) Administración sistémica de corticoides.
  - d) Osteoporosis.
  - e) Uso de drogas por vía parenteral.
  - f) SIDA.

\* **Signos de remisión urgente a cirugía:**

- Paresia progresiva o que afecta a más de una raíz nerviosa.
- Paresia clínicamente relevante que persiste > 6 semanas.
- Anestesia en silla de montar (ano, periné, zona genital).
- Nivel sensorial (anestesia por debajo de un segmento).
- Pérdida de control de esfínteres (vesical y/o anal)

\* **Estenosis espinal sintomática:**

- a) Ciatalgia (sin lumbalgia) a la deambulación, que requiere sedestación para remitir (“claudicación neurógena”), y
- b) RM/TAC muestra estenosis en el nivel correspondiente a la clínica

\* **Derivación a NRT:**

Dolor de 14 o más días pese al tratamiento farmacológico, o cuando éste está contraindicado, que es suficientemente intenso (superior a 2 en escala analógica visual), sin criterios para remisión a cirugía urgente.