



## GUIA DOLOR LUMBAR

Adoptada Guías para manejo de urgencias  
3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág.  
404

Código: E-GCC-G-010

Versión: 002

Fecha: Noviembre 2017

Página 1 de 12

## GUIA DOLOR LUMBAR

Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición.

Ministerio de Salud. Tomo II pág. 404



## GUIA DOLOR LUMBAR

Adoptada Guías para manejo de urgencias  
3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág.  
404

Código: E-GCC-G-010


Versión: 002

Fecha: Noviembre 2017

Página 2 de 12

### TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVO.....	3
POBLACIÓN OBJETO.....	3
ALCANCE.....	3
NIVELES DE EVIDENCIA.....	3
EPIDEMIOLOGÍA.....	4
FISIOPATOLOGÍA.....	4
ETIOLOGÍA.....	5
CUADRO CLÍNICO.....	5
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.....	7
TRATAMIENTO.....	7
ALGORITMO DE DOLOR LUMBAR.....	10
BIBLIOGRAFIA.....	11

	<b>GUIA DOLOR LUMBAR</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 404	Código: E-GCC-G-010
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 3 de 12

## INTRODUCCIÓN

Hablamos de dolor lumbar cuando el área comprometida se encuentra entre la reja costal inferior y la región sacra y según el tiempo de evolución la podemos clasificar como aguda si es inferior a 4 semanas, subaguda si dura entre 4 a 12 semanas y crónica si su duración es mayor a 12 semanas.

El dolor lumbar es un problema muy frecuente. Se presenta en el 84% de todas las edades, en ambos sexos y relacionado con múltiples actividades laborales; no solo es un problema terapéutico, sino también, laboral y económico de gran importancia. Algunos expertos sugieren que los costos directos o indirectos producidos por la lumbalgia en los Estados Unidos exceden los 50 billones de dólares por año.

## OBJETIVO

Se busca dar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible a los médicos de la Clínica Antioquia, para el manejo de los pacientes con dolor lumbar.

## POBLACIÓN OBJETO


Esta guía aplica a los pacientes que consulten por urgencias y consulta externa por dolor lumbar. El manejo de la lumbalgia crónica, escapa a los objetivos de esta guía.

## ALCANCE

La guía aplica desde el momento que los pacientes consultan a la institución por urgencias por cuadro clínico compatible con dolor lumbar y termina con el egreso del paciente con una conducta definida.

## NIVELES DE EVIDENCIA

Calidad de la evidencia	Fuerza de la recomendación	
		Los beneficios claramente superan los riesgos y los riesgos claramente compensan los beneficios
<b>Alto</b>	Fuerte	Débil

	<b>GUIA DOLOR LUMBAR</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 404	Código: E-GCC-G-010
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 4 de 12

<b>Moderado</b>	Fuerte	Débil
<b>Bajo</b>	Fuerte	Débil
<b>Insuficiente evidencia para determinar los beneficios o riesgos netos</b>		

Adoptado de la clasificación desarrollada por el grupo de trabajo GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

## EPIDEMIOLOGÍA

La lumbalgia es la causa más frecuente de ausentismo laboral en los adultos jóvenes menores de 45 años. La sintomatología es de duración limitada; 85% de los pacientes mejora en forma significativa con reintegro al trabajo en menos de un mes, mientras que 4% persiste con dolor por un tiempo superior a seis meses. El 68% de los casos está relacionado con alteraciones musculares, 15% con cambios degenerativos, 6% con osteoporosis, 4% con cambios en la morfología del canal medular y solo 2% es de origen diferente.


Existe una relación causa-efecto en la aparición de los síntomas, con la práctica de ciertas actividades como levantar pesos en forma repetitiva, torcerse u operar un equipo vibratorio. Los factores psicosociales también juegan un papel importante en la respuesta al manejo y la crónificación del dolor, lo cual se ha considerado en la literatura como banderas amarillas.

## FISIOPATOLOGÍA

La unidad funcional de la columna vertebral está formada por dos vértebras entre sí, más los elementos que las unen, como son músculos, ligamentos, disco intervertebral, elementos capsulares, vasos y nervios, etc., los cuales pueden ser origen del dolor.

La International Association for Study of Pain define el dolor como “una sensación desagradable, una experiencia emocional asociada con un actual o potencial daño tisular, que se describe en los términos de la lesión”. Las terminaciones nerviosas son receptoras específicas para estímulos dolorosos y señalan la presencia de elementos químicos o físicos nocivos o el desarrollo de una baja respuesta al umbral del dolor; se libera una sustancia neuromoduladora que desencadena el proceso inflamatorio y de reparación tisular.

En la transmisión del dolor están involucrados varios factores, a saber: la llegada de un estímulo doloroso, los efectos convergentes aferentes y periféricos que aumentan y disminuyen el mensaje de dicha percepción y la presencia de un sistema de control (sistema nervioso central). En estos tres elementos se basa la teoría de la compuerta de Melzack y Wall, que menciona un equilibrio entre la

	<b>GUIA DOLOR LUMBAR</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 404	Código: E-GCC-G-010
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 5 de 12

transmisión de no percepción del dolor y las líneas aferentes de percepción del dolor, cuya base es la sustancia gelatinosa.

La patogénesis de la lesión nerviosa local está relacionada con la compresión de las raíces, en la que se involucra la compresión de fragmentos discales u óseos como causa de la lesión nerviosa, y se encuentra que los nervios son estructuras muy sensibles a la compresión, que presentan alteraciones o deformidades en su irrigación hasta llegar a la isquemia. El flujo intrarradicular desciende de 15 a 35%, lo cual altera el metabolismo nervioso por la misma.

## ETIOLOGÍA

Existe una gran variedad de alteraciones que producen dolor lumbar, por lo cual se considera un síndrome.

Sus causas más frecuentes son:

- Congénitas, como espina bífida, espondilólisis y espondilolistesis.
- Traumáticas, como esguinces, fracturas y luxaciones.
- Infecciosas, como discitis piógena, osteomielitis y tuberculosis.
- Tumorales, como osteoma osteoide, mieloma múltiple y metástasis.
- Hematológicas, como anemia falciforme.
- Degenerativas, como espondiloartrosis y osteoartrosis.
- Metabólicas, como osteoporosis y osteomalacia.
- Vasculares, como aneurisma de aorta abdominal.
- Ginecológicas, como dismenorrea, retroversión uterina y fibroma uterino.
- Urológicas, como litiasis renal o de vías urinarias, pielonefritis y tumores.
- Psiquiátricas, como neurosis conversiva y simulación.
- Quirúrgicas, como cirugías de origen traumático o tumoral.

## CUADRO CLÍNICO

Los pacientes refieren un comienzo agudo, en muchas ocasiones relacionado con un suceso trivial como levantar algo. Usualmente, se irradia hacia los glúteos y la cara posterior de los muslos. Presentan dificultad para adoptar la posición erguida y, muchas veces, toman una postura para

control de dolor (antálgica). Durante el primer episodio de mayor dolor se pueden presentar respuestas exageradas, tales como hipersensibilidad generalizada al tacto ligero.

En el interrogatorio se debe tratar de abarcar la mayoría de los elementos que origina esta patología, haciendo énfasis en la localización, la irradiación y los síntomas asociados.


El objetivo primordial en el enfoque del paciente con dolor lumbar debe ir dirigido a detectar problemas graves como tumores, infecciones, fracturas o síndrome de causa equina (Tabla 1)

**Tabla 1: Síntomas de alarma en el paciente con dolor lumbar (banderas rojas)**

Tumor	Infección	Fractura	Síndrome de cauda equina
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Edad &gt;50 años</b></li> <li>• <b>Historia previa de cáncer</b></li> <li>• <b>Pérdida de peso inexplicada</b></li> <li>• <b>Dolor que no desaparece en reposo</b></li> <li>• <b>Dolor de más de un mes de evolución</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección bacteriana reciente: urinaria, piel, etc</li> <li>• Antecedentes de drogadicción por vía parenteral</li> <li>• Inmunosupresión: toma de esteroides, trasplantes, sida</li> <li>• Fiebre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismos graves: accidente de tránsito, caída desde altura</li> <li>• Traumatismo menor: elevación de objetos, toma de esteroides</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anestesia en silla de montar</li> <li>• Inicio reciente de disfunción vesical</li> <li>• Retención urinaria</li> <li>• Incremento en la frecuencia de la micción</li> <li>• Incontinencia</li> <li>• Déficit neurológico grave y progresivo en los miembros inferiores</li> </ul>

Si el paciente cursa con un dolor lumbar agudo inespecífico y no identificamos banderas rojas, se debe interrogar por las banderas amarillas, las favorecen la persistencia del dolor y discapacidad a largo plazo. Estas las podemos dividir en:

- Factores individuales: edad, condición física, fuerza de músculos abdominales y de la espalda, tabaquismo, obesidad y sedentarismo, escolaridad baja, niveles altos de dolor, y discapacidad.
- Factores psicosociales: estrés y ansiedad, estado de ánimo, depresión, función cognitiva, comportamiento hacia el dolor, expectativa que promueven la catastrofización, ganancia secundaria o compensación económica y somatización.
- Factores laborales: trabajo físico, insatisfacción hacia el trabajo, tareas monótonas, apoyo

	<b>GUIA DOLOR LUMBAR</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 404	Código: E-GCC-G-010
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 7 de 12

social y relaciones laborales, pobre o nulo apoyo en el centro laboral, incapacidad para realizar actividades ligeras al regresar al trabajo, ausencia laboral por cuatro a 12 semanas, permanencia laboral corta, y carga laboral sin modificación del tipo de actividad.

En el examen físico es importante seguir un orden: inspección, evaluación funcional y evaluación neurológica (función motora y sensitiva) y de las estructuras vecinas comprometidas (abdomen, genitales). Efectuar una exploración física general y neurológica (identificación de limitación funcional en flexión extensión del tronco, dolor en apófisis espinosas, facetas articulares, ligamentos y músculos con evaluación de la postura, fuerza, sensibilidad y reflejos musculoesqueléticos).

Los pacientes que se presenten a la institución con dolor lumbar y al interrogatorio y examen físico se documenten banderas rojas, debe ser evaluado por el especialista correspondiente (internista, ortopedista, neurocirujano, etc.) luego de solicitar los estudios de imagen y laboratorios pertinentes.

Los pacientes en quienes se identifiquen banderas amarillas, se pueden manejar de forma ambulatoria pero deben continuar en seguimiento por la posibilidad de cronificación del dolor y discapacidad. Estos pacientes pueden requerir de un grupo interdisciplinario de manejo del dolor que cuente con psicología.

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

En general, las radiografías simples no aportan información adicional en el dolor lumbar agudo sin banderas rojas<sup>6</sup>. Son útiles cuando el paciente tenga historia de trauma, especialmente en paciente que tengan osteoporosis o consumo crónico de esteroides<sup>6</sup>. En caso de que se sospeche fractura de cuerpo vertebral, es ideal realizar una tomografía. La resonancia magnética es útil para evaluar lesión ligamentaria o déficit neurológico progresivo.


Si el paciente tiene una neoplasia de base y se sospecha que puede tener un compromiso espinal, se recomienda la resonancia magnética con contraste. Si el paciente tiene bajo riesgo de compromiso metastásico, con la resonancia magnética simple es suficiente.

## TRATAMIENTO

Es importante individualizar a cada paciente, teniendo en cuenta si el cuadro clínico es agudo o crónico, su origen y el grado de la lesión.

El principal objetivo es la reincorporación a la vida normal en el menor tiempo posible.

En la fase aguda se enfoca en aliviar los síntomas, con un periodo corto de reposo (1 a 3 días) y administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (evidencia moderada)<sup>5,10</sup> y analgésicos no opioides (cuando se encuentre contraindicado el uso de AINES)<sup>10</sup>.

	<b>GUIA DOLOR LUMBAR</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 404	Código: E-GCC-G-010
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 8 de 12

Es importante tener en cuenta los efectos secundarios de los AINES, principalmente los efectos gastrointestinales y la toxicidad renal, por lo que se recomiendan por periodos cortos de tiempo y a la menor dosis efectiva. Se puede adicionar al manejo gastroprotección.

La mejoría con acetaminofén es reportada como menor en la literatura, comparativamente con los AINES, sin embargo, también se reporta menos frecuencia de eventos adversos, por lo que se recomienda su uso como medicamento coadyuvante en el manejo con AINES, opioides débiles o en monoterapia cuando se contraindique el uso de los AINES.

El uso de relajantes musculares puede ser útil en los primeros cinco días (evidencia moderada comparado con placebo, hallazgos inconsistentes combinados con AINES comparado contra AINES en monoterapia)<sup>5</sup>.

En cuanto al uso de esteroides, estos tienen una baja calidad en la evidencia, debido a que no han demostrado diferencias en el manejo del dolor y la funcionalidad, comparado con el placebo, independiente de la vía de administración utilizada.

Otras medidas como el ejercicio, la acupuntura, soportes lumbares y masajes, no tienen evidencia contundente para su recomendación y corresponde más a recomendaciones por parte de grupos de expertos y a pacientes seleccionados. Solo el calor local ha mostrado una evidencia moderada comparada con placebo para el alivio del dolor y la incapacidad en los primeros 5 días del inicio del cuadro.

Además de la medicación, una vez el dolor agudo ha disminuido, es importante hacer énfasis en el acondicionamiento y fortalecimiento muscular, con el fin de evitar recidivas de la sintomatología y lograr un reintegro a su actividad normal en el menor tiempo posible.



## GUIA DOLOR LUMBAR

Adoptada Guías para manejo de urgencias  
3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág.  
404

Código: E-GCC-G-010

Versión: 002

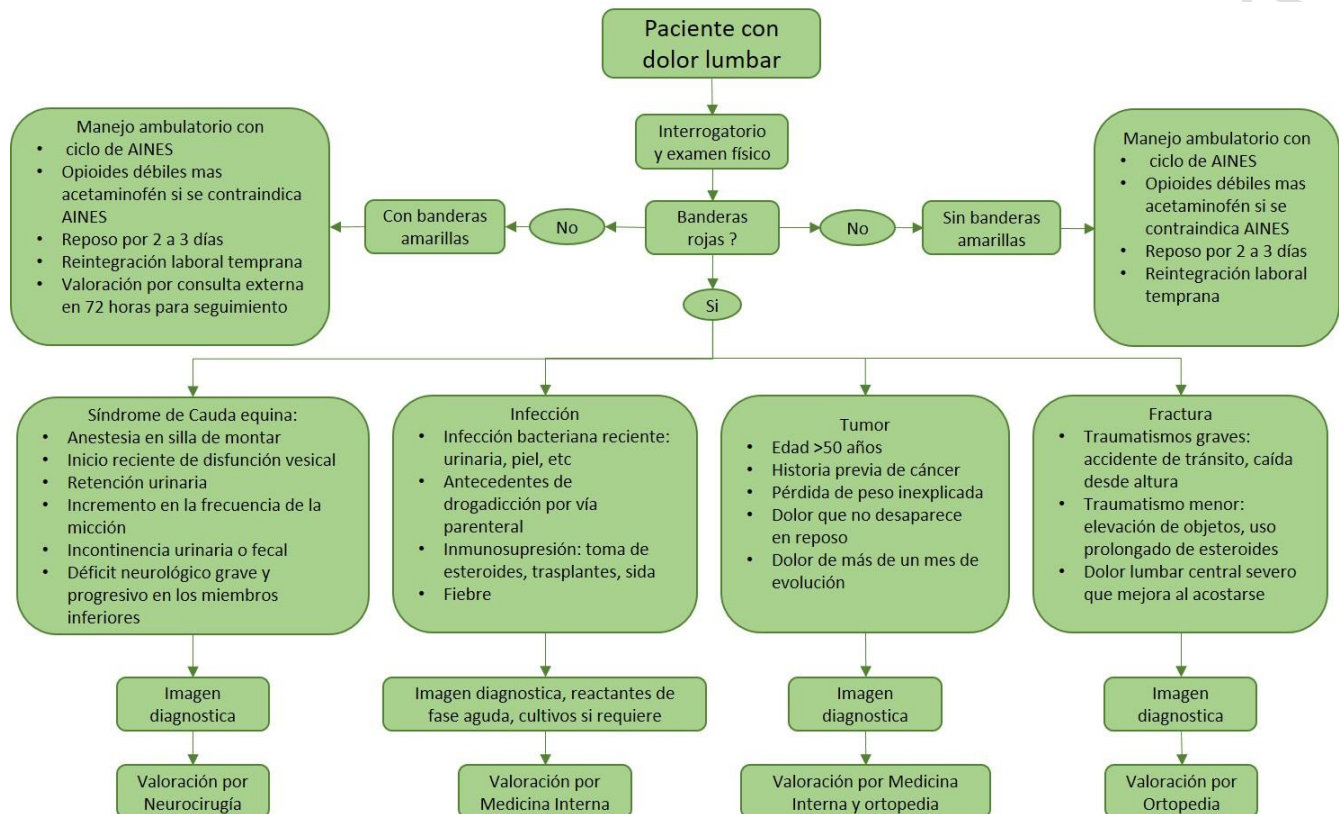
Fecha: Noviembre 2017


Página 9 de 12

### Medicamentos utilizados para el manejo del dolor lumbar

Medicamento	Vía de administración	Dosis	Dosis máxima	Comentarios
Acetaminofen	Oral	500-1000 mg cada 6 h	4 gr/día	Inhibición de la COX, cruza la barrera hematoencefálica
	IV	500-1000 mg cada 6 h	4 gr/día	1 gr de acetaminofén equivale a 30 mg de ketorolaco
Diclofenaco	Oral	50 mg cada 8 h	150 mg/día	No administrar en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a los AINE, atopia secundaria a ácido acetilsalicílico.
Ketorolaco	30 mg IV/Oral	30 mg cada 6 h	120 mg/día	No administrar por más de 7 días por vía oral y no más de 4 días por vía intravenosa
Ibuprofeno	Oral	200-400 mg cada 6 h	2400 mg/día	No administrar en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a los AINE, atopia secundaria a ácido acetilsalicílico.
Naproxeno	Oral	250 mg cada 6 h o 500 cada 12 h	1250 mg	No administrar en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a los AINE, atopia secundaria a ácido acetilsalicílico.
Nimesulida	Oral	100 mg cada 12 h	200 mg/día	No administrar en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a los AINE, atopia secundaria a ácido acetilsalicílico.
Etofenamato	Intramuscular	1000 mg cada 24 h	1 gr/día	Dolor a la administración
Dipirona	IV/Oral	500 mg a 1 gr cada 6 horas	4 gr/día	Administración lenta
Tramadol	IV/Oral	50/100 mg cada 4-6 h	400 mg/día	Agonista opioide que también tiene efecto sobre los receptores de monoaminas. Se acumula en pacientes con insuficiencia hepática
Codeína / acetaminofén	Oral	30-600 mcg cada 6 horas	1200 mcg/día	
Tizanidina	Oral	2 mg cada 8 horas	6 mg/día	Mareo, sedación. No combinar con antidepresivos

## ALGORITMO DE DOLOR LUMBAR



	<b>GUIA DOLOR LUMBAR</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 404	Código: E-GCC-G-010
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 11 de 12

## BIBLIOGRAFIA

1. Biyani A, Andersson G. Low back pain: pathophysiology and management. J Am Acad Ortho Surg 2004; 12:106-15.
2. Brodke DS, Ritter SM. Nonoperative management of low back pain and lumbar disc degeneration. J Bone Joint Surg Am 2004; 86:1810- 8.
3. Kinkade S. Evaluation and treatment of acute low back pain. Is Fam Physician 2007; 75:1181-8.
4. Shen FH, Samartzis D, Andersson G. Nonsurgical management of acute and chronic low back pain. J Am Acad Ortho Surg 2006; 14:477- 87.
5. Qaseem A. Wilt T. McLean R. Forcica M. Noninvasive treatment for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American college of physicians. Ann Intern Med 2017;166:514-530.
6. Patel N. Broderick D. Burns J. Deshmukh T. et al, ACR appropriateness criteria low back pain. J Am Coll Radiol 2016.
7. Guevara U. Cavarrubias A. Reyes A. Rodriguez T. Practice guidelines for the management of low back pain. Consensus Group of practice parameters to manage low back pain. Cir Cir 2011;79:286-302
8. Ministerio de la protección social. 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. 2006.
9. Peña Sagredo, J. L., & Humbría Mendiola, A. (2002). Nuevos conceptos sobre las lumbalgias y guías de práctica clínica. Revista española de reumatología, 29(10), 489-493.
10. Campos TF. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management NICE Guideline J Physiother. 2017 Apr;63(2):120.
11. Ladeira C. Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. Rev Bras Fisioter, São Carlos, v. 15, n. 3, p. 190-9, May/June 2011



### GUIA DOLOR LUMBAR

Adoptada Guías para manejo de urgencias  
3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág.  
404

Código: E-GCC-G-010

Versión: 002

Fecha: Noviembre 2017

Página 12 de 12

#### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Marzo 2012	Creación de la guía dolor lumbar	Jefe de enfermería	Director médico	Comité Tecnocientífico
002	Noviembre 2017	Actualización de la guía de Dolor Lumbar	Coordinador Tecnocientífico	Comité de Gestión de Guías	Comité de Guías.