



Resolución Directoral

Lima, 31 de octubre del 2024

VISTOS:

El Informe N°00035-2024-JSE/HSR, de fecha 12 de agosto del 2024, emitido por el Servicio de Emergencia, Nota Informativa N°000157-2024-JDEYCC/HSR, de fecha 12 de agosto del 2024, emitida por el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, Nota Informativa N°115-2024-MINSA-HSR-OGC-VST, de fecha 15 de agosto del 2024, Nota Informativa N°000233-2024-OGC/HSR, de fecha 16 de agosto del 2024, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad, Informe N°000021-2024-UORGANIZACIÓN/HSR, de fecha 26 de agosto del 2024, emitido por la Unidad de Organización e Informe N°000327-2024-OAJ/HSR, de fecha 02 de octubre del 2024, de la Oficina de Asesoría Jurídica y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 7° de la Constitución Política del Perú, establece que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad;

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N°26842 Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla respectivamente;

Que, en el marco de las funciones establecida en el artículo 8 del Capítulo III del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado con Resolución Ministerial N°1022-2007/MINSA, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, emite opinión técnica respecto a las propuestas de documento técnicos normativos de la entidad;

Que, en el artículo 3° de la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS);



Que, mediante la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de la salud que comprende promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación; así como, al acceso a la información y consentimiento informado;

Que, mediante cumplimiento de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, Normas para la Elaboración de Documento Normativos del Ministerio de Salud, establece las disposiciones para elaboración de los Documentos Normativos;

Que, el Informe Sustentatorio N° 000035-2024-JSE/HSR, de fecha 12 de agosto de 2024, el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, menciona la necesidad de actualizar la Guía Técnica: **“Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Lumbalgia”**, ello en referencia a la Resolución Directoral N° 76-2020-MINSA-HSR-DG. La referida guía servirá para el desarrollo en el ámbito institucional del Hospital Santa Rosa, el cual tiene como objetivo, establecer recomendaciones basadas en la evidencia de las decisiones y objetivos del tratamiento de pacientes con lumbalgia. Así mismo disminuir la morbilidad por lumbalgia en los pacientes que acuden al Servicio de Emergencia. El presente Documento Técnico ha sido actualizado, teniendo presente que la anterior guía es del año 2020, ahora con los cambios actualizados en todos sus campos teniendo como base las guías que rigen a nivel internacional del manejo de la lumbalgia, siendo esta patología de mayor frecuencia en la población adulta, y según las estadísticas propias del hospital Santa Rosa registradas en el 2023, en la que el 82.1% de atenciones en emergencia, el 1.5% corresponde a cuadros de lumbalgia. Los beneficios e impactos positivos en este documento, tiene una base para poder tener un manejo uniforme acorde a las guías internacionales y que permiten un manejo apropiado de la calidad a los pacientes.

Mediante la Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud aprobada por la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, en el numeral 5.1 Definiciones Operativas de sus Disposiciones Generales, establece que: Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica”.

Que, con MEMORANDO N° 001801-2024-OEPLANEAMIENTO/HSR, de fecha 26 de agosto del 2024, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico remite a la Oficina de Asesoría Jurídica, archivo adjunto respecto al Informe Técnico para la emisión de acto resolutorio sobre la Guía Técnica: **“Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Lumbalgia”**.

Con los Vistos de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos y la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Santa Rosa;

De Conformidad con lo dispuesto en Decreto Supremo N° 004-2019-JUS que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado con Resolución Ministerial N°1022-2007/MINSA, Resolución Ministerial N° 026-2023/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°. – **ACTUALIZAR** la Guía Técnica: **“Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Lumbalgia”**, cuyo anexo forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°. – **ENCARGAR** al Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, la difusión, monitoreo y cumplimiento de la Guía aprobada con la presente Resolución.





Resolución Directoral

Lima, 31 de octubre del 2024

ARTÍCULO 3°- DISPONER que la oficina de Estadística e informática efectúe la publicación del presente acto Resolutivo en la Página Web del Portal Institucional del Hospital Santa Rosa: <http://hsr.gob.pe>.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,



M.C. RAÚL NALVARTE TAMBINI
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP. 020306 RNE. 012400

RNT/RLTC/gzv.

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección General
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
- Oficina de Estadística e informática
- Archivo



R. MARTINEZ M.



S. MONTENEGRO



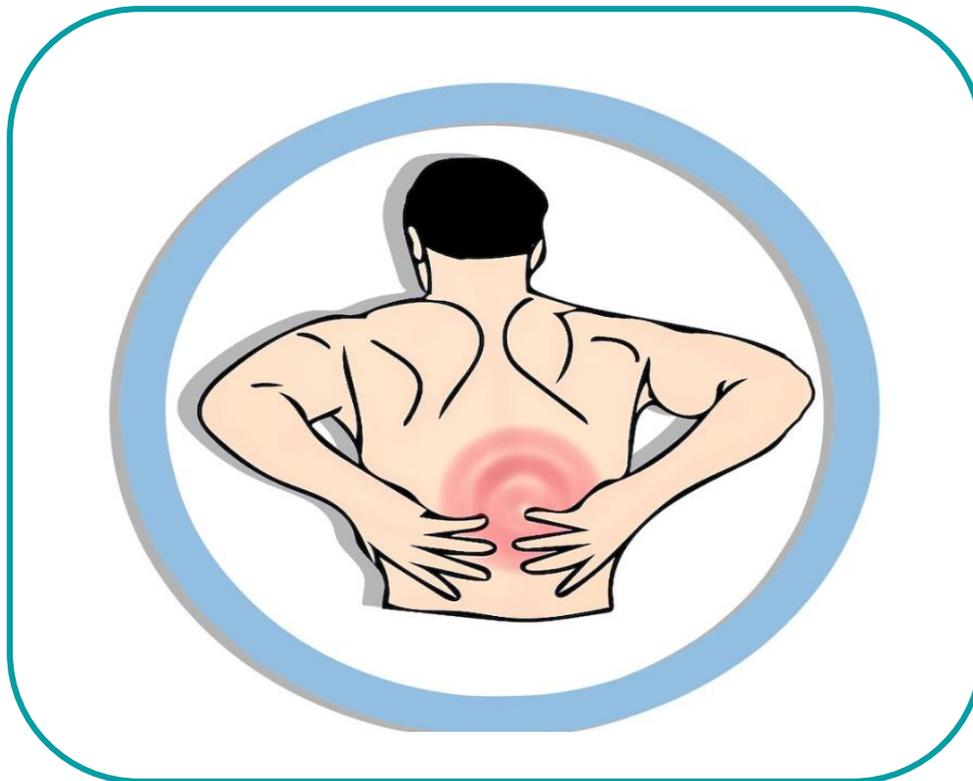


PERÚ

Ministerio
de Salud



HOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE



**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE
PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DE LA LUMBALGIA**

ELABORADO POR:

- MC. Bertha Lelis Chavarry Pajares
Médico Cirujano
- MC. Augusto Vicente Yesquen Luppó
Médico Cirujano
- MC. Ninoska Liz López Zenteno
Médico Internista

REVISADO POR:

- Jefatura del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.
MC. Pedro Virgilio Contreras Terrones
- Jefatura del Servicio de Emergencia
MC. William Rojas Pérez
- Oficina de Gestión de la Calidad
MC. Raquel Cansino Bazán

APROBADO POR:

- Director General del Hospital Santa Rosa
MC. Raúl Nalvarte Tambini

ÍNDICE

I.	FINALIDAD	4
II.	OBJETIVOS.....	4
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	4
IV.	PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR	4
	4.1 NOMBRE Y CÓDIGO.....	4
V.	CONSIDERACIONES GENERALES	4
	5.1 DEFINICIÓN	4
	5.2 ETIOLOGÍA.....	4
	5.3 FISIOPATOLOGÍA.....	5
	5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	5
	5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	5
	5.5.1 Medio Ambiente	5
	5.5.2 Estilos de Vida	5
	5.5.3 Factores Hereditarios.....	6
VI.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.....	6
	6.1 CUADRO CLÍNICO	6
	6.1.1 Signos y Síntomas	6
	6.1.2 Interacción cronológica	6
	6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías.	6
	6.2 DIAGNÓSTICO	7
	6.2.1 Criterios de Diagnóstico	7
	6.2.2 Diagnóstico diferencial	8
	6.3 EXÁMENES AUXILIARES	8
	6.3.1 De Patología Clínica	8
	6.3.2 De Imágenes.....	8
	6.3.3 De Exámenes especializados complementarios	8
	6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.....	8
	6.4.1 Medidas generales y preventivas	8
	6.4.2 Terapéutica	9
	6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento	10
	6.4.4 Signos de alarma	10
	6.4.5 Criterios de Alta.....	11
	6.4.6 Pronóstico.....	11
	6.5 COMPLICACIONES.....	11
	6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	11

6.7 FLUXOGRAMA.....	11
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	13

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA

I. FINALIDAD

Contribuir con un manejo más seguro y de calidad en los pacientes que lleguen al Servicio de Emergencia con cuadros clínicos de lumbalgia, racionalizando de la mejor manera posible los recursos humanos y materiales del hospital.

II. OBJETIVOS

- Establecer recomendaciones basadas en la evidencia de las decisiones y objetivos del tratamiento de pacientes con lumbalgia.
- Disminuir la morbimortalidad por lumbalgia en los pacientes que acudan al Servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Santa Rosa.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta guía se aplicará en el Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo Santa Rosa.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Diagnóstico y tratamiento de la lumbalgia.

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

Diagnóstico	CIE 10
Lumbago con ciática	M54.4
Lumbago no especificado	M54.5

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

El dolor lumbar o lumbalgia se define como dolor en la parte posterior del cuerpo desde el margen inferior de la costilla duodécima hasta los pliegues del glúteo inferior, con o sin dolor referidos en una o ambas extremidades inferiores.

La ciática o lumbociatalgia es un término que se utiliza para describir un dolor lumbar que se irradia hacia el miembro inferior siguiendo el trayecto del nervio ciático.

Según su duración puede ser:

Agudo: duración menor de 4 semanas.

Subagudo: duración de 4 a 12 semanas.

Crónica: duración más de 12 semanas.

Recurrente: lumbalgia aguda en pacientes que han tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con periodos libres de síntomas de 03 meses.

5.2 ETIOLOGÍA

El dolor lumbar es un síntoma muy común con múltiples posibles causas, generalmente benignas y autolimitadas. Se enumeran las posibles causas:

- **Inespecífico:** dolor en ausencia de una afección subyacente, siendo el diagnóstico por exclusión.
- **Mecánica:** Distensión muscular y lesiones ligamentosas, fractura vertebral (postraumática, osteoporótica), enfermedad degenerativa del disco intervertebral

y/o articulaciones facetarias, hernia de disco, estenosis del canal lumbar, espondilolisis y espondilolistesis, alteraciones anatómicas (escoliosis, cifosis, síndrome de Bertolotti, etc.), sobrecarga funcional (embarazo, hiperlordosis, disimetrías, etc.).

- **Tumores:** Neoplasias primarias (mieloma, linfoma, tumores de la médula espinal, etc.), metástasis vertebrales, tumores óseos benignos.
- **Espondiloartropatías seronegativas:** Espondilitis anquilosante, artritis reactiva (síndrome de Reiter), artritis psoriásica, artritis de la enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn, colitis ulcerosa).
- **Infeccioso:** Osteomielitis, absceso epidural, absceso paravertebral.
- **Otras causas:** Enfermedad de Paget, fibromialgia, enfermedad psicósomática, depresión.
- **Dolor referido extralumbar:** Enfermedades renales (cólico nefrítico, pielonefritis, etc.), enfermedades gastrointestinales (pancreatitis, colecistitis, diverticulitis, etc.), enfermedades genitourinarias (prostatitis, endometriosis, etc.), aneurisma aórtico, herpes zóster, artrosis de cadera, síndrome del piriforme.

5.3 FISIOPATOLOGÍA

La historia natural del dolor lumbar es inespecífica, la mayoría de los pacientes no requieren estudios diagnósticos complejos antes de las 4 a 6 semanas de síntomas, ya que un alto porcentaje en este periodo mejoran; en otros casos se requiere una evaluación más profunda en donde se descubren tumores ocultos, infecciones, inestabilidad, cambios degenerativos u otra lesión seria. La causa de dolor es multifactorial, incluyendo factores mecánicos, psicológicos, neurofisiológicos.

La anamnesis y la exploración física proporcionaran la mejor información para el diagnóstico y la orientación terapéutica al permitir descubrir algunos signos de sospecha de enfermedades que requieran exploraciones complementarias, generalmente no indicadas al inicio del proceso.

La gran mayoría de los pacientes atendidos tendrán dolor lumbar inespecífico, lo que significa que el paciente tiene dolor lumbar en ausencia de una condición subyacente específica que pueda identificarse de manera confiable. Para la mayoría de estas personas, los episodios de dolor de espalda desaparecen por sí solos. Los pacientes que continúan teniendo dolor de espalda más allá del período agudo tienen dolor de espalda subagudo y algunos pueden desarrollar dolor de espalda crónico.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El dolor lumbar es la primera causa mundial de discapacidad desde 1990. La prevalencia puntual mundial en 2017 fue de un 7,5% y fue mayor en mujeres que en varones.

El coste económico de esta patología es muy elevado. Estudios realizados en Europa han estimado los costes derivados del dolor lumbar alrededor de 1.000 euros/paciente/año, siendo la mayoría costes indirectos asociados a pérdida de productividad.

La mayoría de los episodios son autolimitados y se resuelven en unas semanas. No obstante, es frecuente la recurrencia, desarrollando síntomas crónicos un 10-15% de los pacientes.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio Ambiente

Mal entorno laboral y/o familiar.

5.5.2 Estilos de Vida

Entre los que se encuentran: la obesidad, consumo de tabaco, actividades que requieran esfuerzo físico en el trabajo, el sedentarismo y el consumo prolongado de corticoides.

5.5.3 Factores Hereditarios

No aplica.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y Síntomas

Dolor lumbar: Puede ser: de tipo mecánico si empeora con el movimiento, esfuerzo, cargas y determinadas posturas, cede con el reposo, descarga y posturas antiálgicas; inflamatorio si el dolor es insidioso, profundo, difícil de localizar, cambiante, progresivo, no cede o aumenta con el reposo y por la noche; radicular cuando irradia por el miembro inferior y se acompaña de alteraciones sensitivas y a veces motoras según la raíz afecta.

Síntomas acompañantes del dolor:

Neurológicos: alteraciones en la fuerza o sensibilidad, incontinencia, inestabilidad en la marcha, etc.

Generales: pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna, etc.

Rigidez matutina y disminución de la movilidad vertebral: indicaría patología reumatológica.

6.1.2 Interacción cronológica

Dependerá del agente causal.

6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías.

**Figura N°01
CLASIFICACIÓN DE LA LUMBALGIA POR SINTOMAS
Y SIGNOS**

Lumbalgia inespecífica	Lumbalgia Mecánica/Radicular			Lumbalgia específica con signos de alarma	
	Esguince/Distensión	Hernia discal	Osteoartritis		Estenosis espinal
Se irradia a las nalgas		Dolor se irradia debajo de la rodilla		Edad > 50 años	
Dolor difuso	Unilateral		Unilateral	Bilateral	Neoplasia (antecedentes de neoplasia, inmunodepresión, toma de corticoides, síndrome consuntivo sin mejoría con tratamientos habituales)
No cambia con maniobras específicas	Mejora al pararse		Empeora al pararse	Empeora al pararse	Fractura (traumatismo previo, osteoporosis)
	Empeora al sentarse		Mejora al sentarse	Mejora al sentarse	Infección/inflamación (dolor en reposo, fiebre)
	Mejora al reposo o al doblar rodilla que reduce tensión en nervio ciático				Cauda equina (anestesia en silla de montar, disfunción vesical reciente, incontinencia fecal reciente)

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la historia clínica y el examen físico. El médico debe realizar una historia y exploración física orientada, que le permita ubicar al paciente con dolor lumbar dentro de tres categorías: dolor inespecífico de espalda baja, dolor lumbar asociado con radiculopatía y dolor lumbar asociado con enfermedad sistémica específica (Nivel de evidencia IIb, recomendación B).

Historial: Debe incluir la ubicación, duración y gravedad del dolor, si está acompañado de síntomas constitucionales (p. ej., pérdida de peso involuntaria, fiebre o sudores nocturnos), antecedentes de malignidad, precipitantes o eventos precipitantes, terapias intentadas, síntomas neurológicos (p. ej., debilidad, caídas o inestabilidad de la marcha, entumecimiento u otros cambios sensoriales, o síntomas intestinales/vejiga), antecedentes de infecciones bacterianas recientes, antecedentes recientes o uso actual de medicamentos inyectables, antecedentes o uso actual de medicamentos corticosteroides e antecedentes recientes de procedimientos epidurales o espinales, detectar problemas sociales o psicológicos (Recomendación D)

La intensidad del dolor lumbar puede ser cuantificada a través de la escala visual análoga del dolor (EVA) (Recomendación D).

Escala visual análoga del dolor (EVA)



Examen físico:

Inspección de la espalda y la postura: puede revelar anomalías anatómicas como escoliosis o hiper cifosis.

Palpación/percusión de la columna: se realiza para evaluar la sensibilidad vertebral o de los tejidos blandos. La sensibilidad vertebral es un hallazgo sensible, pero no específico, de infección espinal, y también puede observarse en pacientes con metástasis vertebrales y fractura por compresión osteoporótica.

Examen neurológico: debe incluir evaluación de reflejos, la fuerza, la sensación y la marcha.

Maniobra de Lassegue: paciente en decúbito supino, se eleva la extremidad inferior afectada con la rodilla en extensión, es positiva si reproduce el dolor irradiado en el trayecto de L5 o S1. La prueba de Lassegue tiene una sensibilidad del 91% y especificidad del 26% para el diagnóstico de radiculopatía.



6.2.2 Diagnóstico diferencial

Prostatitis.
Enfermedad pélvica inflamatoria.
Endometriosis.
Nefrolitiasis.
Pielonefritis.
Pancreatitis.
Colecistitis.
Aneurisma de la aorta.

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología Clínica

La mayoría de los pacientes con dolor lumbar agudo no requieren ninguna prueba de laboratorio.
Hemograma, VSG en caso de sospecha de cáncer, infección.

6.3.2 De Imágenes

No se recomienda la realización de pruebas de imagen como radiografía, resonancia magnética y tomografía axial computarizada en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma, ya que no se ha demostrado que mejore el pronóstico a corto ni a largo plazo.

Generalmente las radiografías de columna lumbar antero-posterior y lateral no son útiles en dolor lumbar agudo, aunque pueden ser consideradas en pacientes con fiebre de más de 38 grados centígrados por más de 48 horas, en osteoporosis, enfermedad sistémica, déficit sensitivo o motor, uso crónico de esteroides, inmunosupresión, sospecha clínica de espondilitis anquilosante, accidente o trauma, en pacientes mayores de 50 años y en ausencia de respuesta al tratamiento habitual por más de 4-6 semanas.

6.3.3 De Exámenes especializados complementarios

No aplica para el área de Emergencia.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

El objetivo del tratamiento es reducir el dolor y sus consecuencias, incluida la discapacidad asociada. En las lumbalgias específicas el manejo depende de la etiología. Aquí se tratará principalmente del dolor lumbar inespecífico o dolor radicular sin signos de alarma.

6.4.1 Medidas generales y preventivas

El reposo absoluto en cama generalmente no es necesario en el dolor lumbar agudo (Recomendación D).

Se recomienda el reposo relativo, sobre todo disminuyendo la actividad física y deportiva, hasta la remisión de los síntomas (Recomendación D).

Se recomienda reposo absoluto en cama a los pacientes con dolor lumbar agudo incapacitante de 2 o 3 días, y luego continuar con reposo relativo

(Recomendación A). No se recomienda reposo en cama por más de 4 días en problemas de dolor lumbar agudo, porque puede iniciar trastornos del tono muscular (Recomendación A).

El calor local produce una disminución del dolor y de la incapacidad a corto plazo en el dolor lumbar agudo y subagudo (Nivel de evidencia Ia).

El masaje aislado no es más eficaz que otros tratamientos activos en dolor lumbar agudo, subagudo y crónico (Nivel de evidencia Ia).

No se recomienda el uso de fajas lumbares para la prevención del dolor lumbar (Nivel de evidencia Ia, recomendación A).

6.4.2 Terapéutica

- **Paracetamol:** Se recomienda como medicamento de primera elección, cuya eficacia analgésica es similar a los AINES, por su mejor perfil de riesgo/beneficio (Nivel de evidencia Ib, recomendación A).
- **AINES (antiinflamatorios no esteroideos):** Se recomienda durante períodos cortos o en la menor dosis posible (dosis mínima efectiva) como fármaco de segunda elección en el tratamiento de dolor lumbar agudo y subagudo (Nivel de evidencia IIb, recomendación B).
Se recomienda el uso del ibuprofeno a dosis menores de 1200 mg/día por estar asociado a un menor riesgo de complicaciones gastrointestinales serias, en relación con los demás AINES, como enfermedades ácido péptica, hemorragia y perforación (Nivel de evidencia IIb, recomendación B).
No se recomienda el uso de AINES por más de 10 días (Recomendación B).
- **Opioides:** No se recomienda la administración aislada de opioides menores en el dolor lumbar agudo leve o moderado como tratamiento inicial, porque no ha demostrado ser más efectivo que los esquemas terapéuticos de paracetamol o AINES, y por sus efectos adversos más frecuentes como náuseas, mareo, somnolencia y cefalea (Nivel de evidencia IIb, recomendación B).
- El uso prudente y responsable de los opioides puede considerarse para los pacientes cuidadosamente seleccionados con dolor lumbar agudo severo no controlado con paracetamol y/o AINES, a una dosis mínima efectiva durante un periodo limitado de tiempo, generalmente menos de una a dos semanas (Nivel de evidencia III, recomendación C).
- **Relajantes musculares:** Se recomienda considerar el uso de relajantes musculares en pacientes con dolor lumbar agudo y espasmo muscular intenso por una duración de 3 a 7 días y no más de 2 semanas (Recomendación D).

Tratamiento Farmacológico del DL			
Estadio del DL		Principio activo	Dosis
Dolor agudo	1ra. Elección analgésico	Paracetamol	500 mg vía oral c/8h.
	2da. Elección aines	Ibuprofeno	400 mg vía oral c/8h
		Diclofenaco	50 mg vía oral c/8h
			25 mg/ml Intramuscular c/día
Dolor crónico	1ra. Elección analgésico	Paracetamol	500 mg vía oral c/4 a 6h
	2d. Elección opioides menores	Tramadol	50 mg vía oral c/8h
	3ra. Elección Opioides mayores	Codeina Sulfato	30 mg vía oral c/4-6h Tab.
	4ta. Elección tricíclicos	Morfina Clorhidrato	10 mg/ml-20mg/ml Iny.
		Morfina Sulfato	10 mg – 30 mg Tab.
		Buprenorfina	35 mg/h Parche Trans
Dolor neuropático	1ra. Elección triciclicos	Amitriptilina clorhidrato	25 mg vía oral Tab. para dormir
	2da. Elección anticonvulsivantes	Gabapentina	300-600 mg vía oral c/8h

La inyección epidural de esteroides en pacientes con dolor de miembros inferiores puede ser efectiva para proporcionar alivio del dolor en corto tiempo.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Si bien los AINES son efectivos en el tratamiento de lumbalgia, existe un riesgo potencial de hemorragia digestiva y daño cardiovascular que deben tomarse en cuenta, de acuerdo a las características de los pacientes.

El principal efecto adverso de los relajantes musculares es la sedación y mareos que están en relación a sus efectos sobre el sistema nervioso central y su actividad anticolinérgica, especialmente en pacientes ancianos.

Los efectos adversos de los opiáceos incluyen sedación, confusión, náuseas y estreñimiento. Adicionalmente, debe tenerse en cuenta el abuso y la adicción con el uso recurrente.

6.4.4 Signos de alarma

Retención urinaria.
Incontinencia urinaria o fecal.
Anestesia en silla de montar.
Debilidad en miembros inferiores no limitados a una raíz.
Alteraciones de la sensibilidad.
Claudicación neurógena.
Antecedentes de neoplasia.
Edad mayor a 50 años.
Síndrome constitucional sin mejoría.
Dolor en reposo.

Fiebre.
Inmunosupresión.
Síndrome de cauda equina.

6.4.5 Criterios de Alta

El paciente con lumbalgia es dado de alta cuando los síntomas y la funcionalidad mejoran y permiten un desempeño adecuado.

6.4.6 Pronóstico

La mayoría de los episodios son autolimitados y se resuelven en unas semanas. No obstante, es frecuente la recurrencia, desarrollando síntomas crónicos un 10-15% de los pacientes.

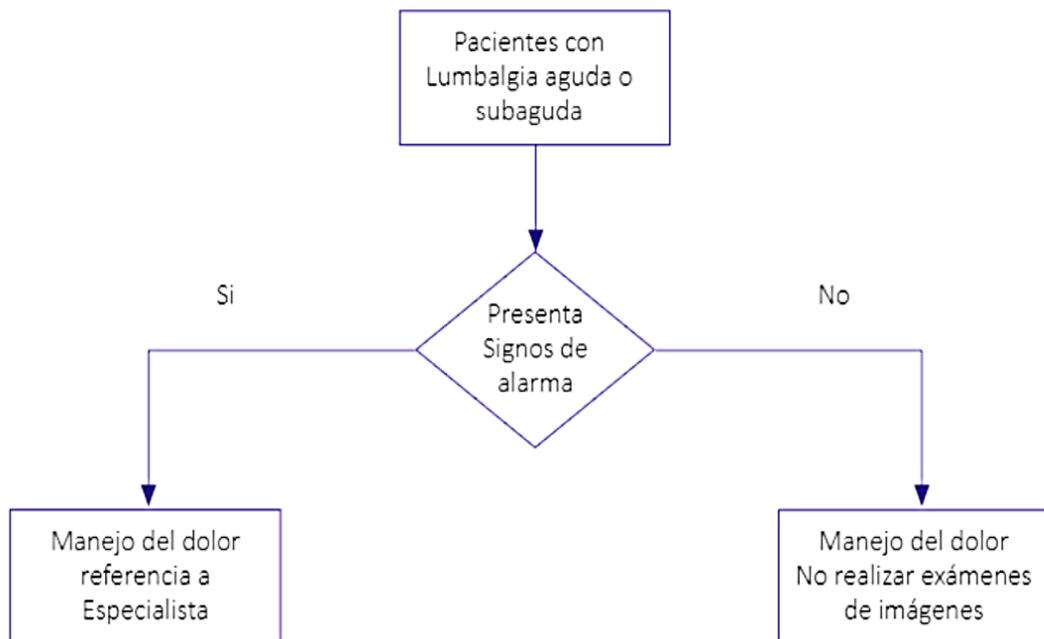
6.5 COMPLICACIONES

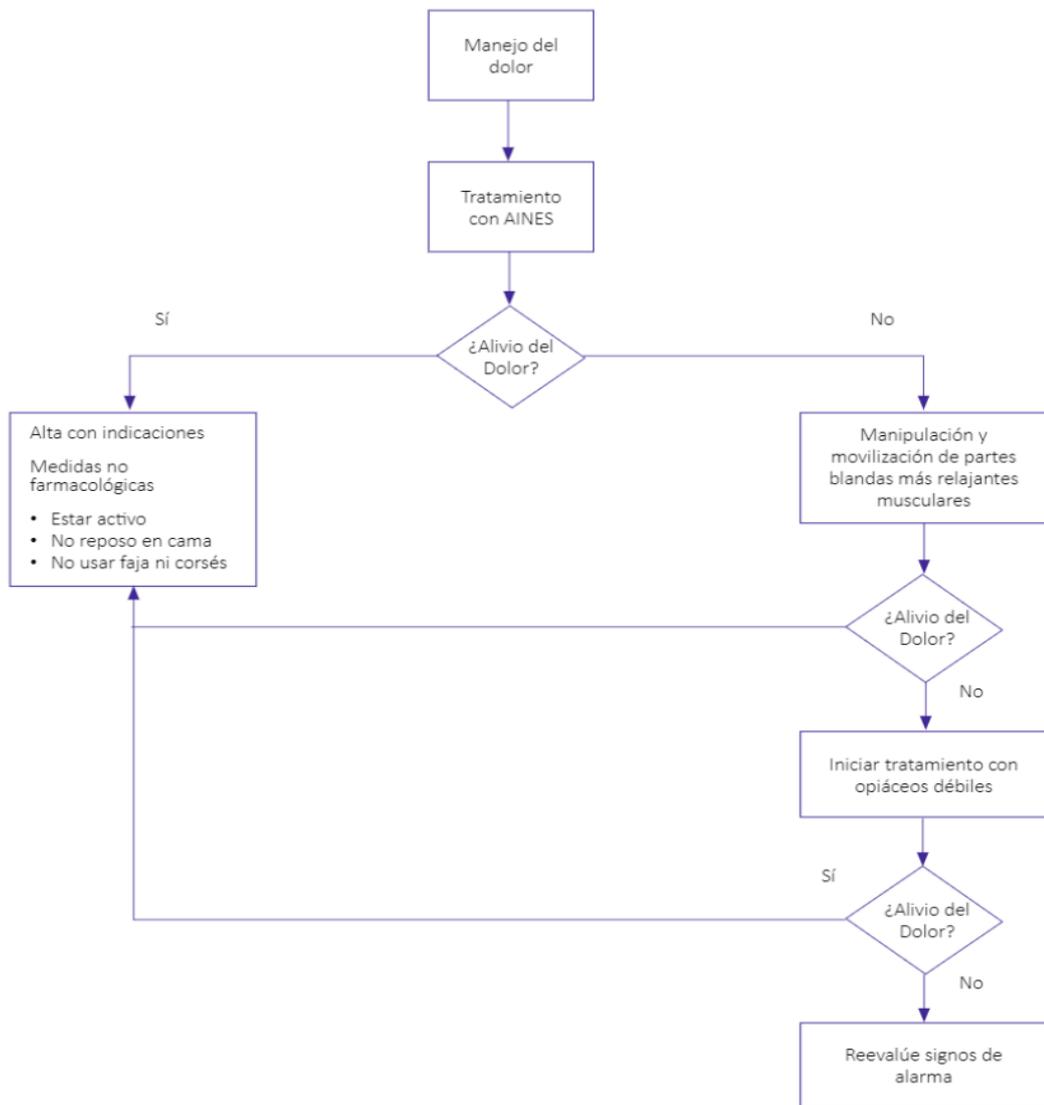
No aplica.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Una vez tratado el dolor y estando estable el paciente deberá ser contrarreferido a su establecimiento de salud de origen con las recomendaciones necesarias para su seguimiento.

6.7 FLUXOGRAMA





VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Guía práctica clínica: Lumbalgia inespecífica. Versión española de la guía práctica clínica del programa COST B13. disponible en www.REIDE.org.
2. MANUAL DE PROTOCOLOS Y ACTUACIÓN EN URGENCIAS PARA RESIDENTES. O. malaga Shaw, i. Bonilla madiedo. Capítulo 88. lumbalgia disponible en [http://www.cht.es/docenciamir/Manual/Cap 88.pdf](http://www.cht.es/docenciamir/Manual/Cap%2088.pdf) .2005.
3. Steven P Cohen, Charles E Argoff,3 Eugene J Carragee.. Management of low back pain.BMJ. 10 de enero 2009, volumen 338.
4. Claudia campos. Dolor lumbar agudo. Guías para manejo de urgencia capítulo 1, número II.
5. Vázquez A. Lumbociática. En: Oliván AS, Pinillos MA, Agorreta J, Rubio T. Guía de Urgencias.
6. Hospital de Navarra 1999. Hoechst Marion Roussel; 1999.:264-266.
7. Greenberg MS. Lumbar disc herniation. En: Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery. 4ª ed.
8. Lakeland, Florida; Greenberg Graphics, Inc; 1997: 181-198.
9. Tintinalli, Judith; Ruiz, Ernest; Krome, Ronald. "Medicina de Urgencias". Editorial McGraw-Hill Interamericana.1997.
10. Adams RD, Víctor M. "Pain in the back, neck, and extremities". En Principles of Neurology. Nueva York. McGraw-Hill. 1977; 112-133.
11. De Palma AF, Rothman RH. Salient Clinical Features of Lumbar Disc Lesions. En: The Intervertebral Disc. Filadelfia, Saunders. 1970; 11: 181-202.
12. Smith DR. General Urology, 8va ed. Los Altos, Lange. 1975.
13. Gray Anatomía. Williams y Warwick; t II. Salvat Editores. 1985
14. Ministerio de Salud Pública. Dolor lumbar: Guía Práctica Clínica (GPC). Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.

Calidez, ciencia y experiencia a su servicio



www.hsr.gob.pe



HospitalSantaRosaPuebloLibre



hsrsantarosa



Hospital Santa Rosa