



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

ROL	A CARGO DE	V° B°	FECHA
ELABORACIÓN	Servicio de Emergencia		
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos		
REVISIÓN	Oficina de Calidad en Salud		
	Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización		
	Oficina de Asesoría Jurídica		
APROBADO	Dirección General		

 PERU Ministerio de Salud Hospital de Lima Este - Vitarte	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA	Versión: 01 Año: 2025
--	---	--------------------------

Control de Cambios

VERSIÓN	PUNTOS MODIFICADOS	FECHA
01	Versión Inicial	– 01 – 2025
02		
03		

Grupo elaborador de la Guía

M.C. Alama Ventocilla Paul Richard	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Alarcon Chang Diego Raul	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Arévalo Barriga Luz Delga	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Caro Meza Marcos Jhoel	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Espinoza Ramos Guillermo Jaime	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Gomero Soralez José Raúl	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Huanca Ureta Ángel Sixto	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Nazario Yangali Fyorella Anggye	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Orcasitas Gálvez Mauricio Alonso	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Redondez Crispín Magaly Karina	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Soria Camilo Carlos Eduardo	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Torres Palomino Luis Ángel	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Tueros Moscoso Aníbal	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Vásquez Lazo Edwin	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Zunini Gutiérrez Víctor Alfonso	Medico Asistencial Servicio Emergencia

Grupo Revisor de la Guía

M.C. Alonso Yangali Rodrigo	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Bustinza Sobero Vladimir Omar	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Cabrera Villanueva Alex Samuel	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Cachuan Hinostroza Luz María	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Huancco Cáceres Nelly Patricia	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Poma Quispe Jessica Lizbeth	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Romero Carmona Maribel	Medico Asistencial Servicio Emergencia

ÍNDICE

I.	FINALIDAD	4
II.	OBJETIVO.....	4
III.	AMBITO DE APLICACIÓN.....	4
IV.	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA	4
	4.1. NOMBRE Y CODIGO CIE 10.....	4
V.	CONSIDERACIONES GENERALES	4
	5.1. DEFINICIÓN	4
	5.2. ETIOLOGÍA	5
	5.3. FISIOPATOLOGÍA.....	7
	5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	8
	5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.....	8
	5.5.1 Medio Ambiente.....	8
	5.5.2 Estilo de Vida.....	8
	5.5.3 Factores hereditarios.....	8
VI.	CONSIDERACIONES ESPECIALES.....	8
	6.1. CUADRO CLÍNICO.....	8
	6.1.1. Signos y Síntomas	8
	6.1.2. Interacción Cronológica	9
	6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías.....	9
	6.2. DIAGNÓSTICO.....	10
	6.2.1. Criterios Diagnóstico	10
	6.2.2. Diagnóstico Diferencial	10
	6.3. EXÁMENES AUXILIARES.....	10
	6.3.1. De Patología Clínica.....	10
	6.3.2 De Imágenes	10
	6.3.3 Exámenes especiales complementarios	10
	6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA	11
	6.4.1. Medidas Generales	11
	6.4.2. Terapéutica	11
	6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento.....	12
	6.4.3. Signos de Alarma.....	13
	6.4.4. Criterios de Alta.....	13
	6.4.6 Pronóstico.....	13
	6.5. COMPLICACIONES	13
	6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	13
	6.7. FLUXOGRAMA	14
VII.	ANEXOS	16
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

 PERU Ministerio de Salud Hospital de Lima Este - Vitarte	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA	Versión: 01 Año: 2025
---	---	--------------------------

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

I. FINALIDAD

Alcanzar los lineamientos para el abordaje de diagnóstico y manejo clínico del paciente adulto con lumbalgia aguda, proporcionando niveles de evidencia científica disponible, teniendo en cuenta aspectos de eficacia, efectividad y seguridad en el diagnóstico y manejo.

II. OBJETIVO

Definir el abordaje de diagnóstico y manejo clínico de pacientes con lumbalgia aguda y subaguda, permitiendo a los profesionales de la salud tomar decisiones informadas y efectivas en el tratamiento de estos pacientes.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía técnica es de aplicación para el personal que labora en el servicio de Emergencia del Hospital de Lima Este-Vitarte y que se encuentre involucrado en la atención del paciente con Lumbalgia inespecífica aguda y subaguda.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Diagnóstico y Tratamiento de Lumbalgia inespecífica aguda y subaguda.

- **NOMBRE:** Lumbago no especificado
- **CODIGO:** M54.5

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

Se define lumbalgia como dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior glúteo, con o sin irradiación a una o ambas extremidades inferiores, sin que ésta deba ser considerada de origen radicular.

Lumbociática o síndrome radicular, se presenta cuando el dolor se irradia a uno o dos miembros inferiores siguiendo el trayecto del nervio ciático, con afección motora o sensitiva del mismo. Cuando el dolor no sobrepasa el hueco poplíteo se habla de lumbalgia referida.

Según el tiempo de duración del dolor, la lumbalgia se clasifica en:

- Aguda: Dolor de menos de 6 semanas.
- Subaguda: Dolor de 6-12 semanas.
- Crónica: Más de 12 semanas con dolor.
- Recurrente: Lumbalgia aguda en paciente que ha tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con períodos libres de síntomas de tres meses.

Lumbalgia mecánica, cuando no hay una causa clara de la lumbalgia aguda se considera como no específica, para este grupo, que es la mayoría, no requieren de estudios de imágenes en la primera visita y no requieren de suspender los labores

 <p>PERU Ministerio de Salud Hospital de Lima Este - Vitarte</p>	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA	Versión: 01 Año: 2025
---	---	--------------------------

Lumbalgia específica, como su nombre lo indica, tiene un factor específico que está causando el dolor lumbar puede deberse a: tumor, fractura, alteración anatómica de la columna congénita o adquirida, trauma, hernia disco, etc y requiere de estudios por imágenes y su manejo específico por especialista.

5.2 ETIOLOGÍA

La gran mayoría de pacientes vistos en atención primaria (95%) tiene dolor lumbar inespecífico, es decir, que el paciente tiene dolor en ausencia de una condición subyacente específica que pueda ser realmente identificada. Muchos de estos pacientes pueden tener dolor músculo-esquelético y la mayoría mejora en pocas semanas.

El reto más importante en el diagnóstico de la lumbalgia es diferenciar al 95% cuyo origen son procesos musculoesqueléticos benignos del 5% cuya lumbalgia es producida por enfermedades específicas que precisan un rápido y adecuado tratamiento. En esta tarea pueden resultar útiles los signos de alarma que ayudan a descartar los procesos de mayor gravedad. También se debe tener en cuenta que en aproximadamente el 80% de los casos no será posible llegar a un diagnóstico específico.

La historia clínica, fundamentalmente la anamnesis, resulta imprescindible para descartar estos procesos potencialmente graves. Asimismo, la reevaluación periódica del o la paciente con lumbalgia constituye una de las variables de mayor importancia para realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

Atendiendo a factores etiológicos, la causa específica de la mayoría de los dolores lumbares tanto agudos como crónicos son las alteraciones de las diferentes estructuras que forman la columna vertebral, como ligamentos, músculos, discos vertebrales y vértebras que puede deberse a múltiples factores como: traumatismos, un esfuerzo excesivo, una mala postura, debilitamiento muscular o sobrecarga mecánica entre otros.

En una serie de casos se encontró las siguientes causas, que en frecuencia son:

- * Causa mecánica (97%):
- * Estiramientos músculo-ligamentarios (70%)
- * Procesos degenerativos discales y facetarias (10%)
- * Hernia de disco (4%)
- * Canal estrecho lumbar (3%)
- * Fractura osteoporótica (4%)
- * Espondilolistesis (2%)
- * Fractura traumática (<1%).

Otra forma de identificar la causa de lumbalgia, son las siguientes:

Origen mecánico:

- * Inespecífica (esguince", microtraumatismo)
- * Rotura discal
- * Prolapso o heria discal
- * Artrosis "

 <p>PERU Ministerio de Salud Hospital de Lima Este - Vitarte</p>	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA	Versión: 01 Año: 2025
---	---	--------------------------

- * Espondilosis / listesis
- * Síndrome de las facetas
- * Escoliosis
- * Enfermedad de Scheuermann
- * Inestabilidad vertebral
- * Estenosis espinal lumbar.

Origen inflamatorio:

- * Espondilitis anquilosante
- * Espondiloartropatía psoriásica
- * Síndrome de Reiter
- * Sacroilitis-espondilitis reactiva

Origen metabólico:

- * Osteoporosis (fractura compresiva)
- * Osteomalacia (fracturas o pseudofractura)
- * Enfermedad de Paget*

Origen infeccioso

- * Espondilitis (discitis) piógena*
- * Espondilitis tuberculosa**
- * Sacroilitis tuberculosa**
- * Endocarditis bacteriana
- * Espondilitis fúngica y parasitaria**
- * Epiduritis y absceso epidural, Aracnoiditi

Etiología tumoral

Benignos primarios

- * Osteoma osteoide
- * Osteoblastoma
- * Osteocondroma
- * Granuloma eosinófilo
- * Quiste óseo aneurismático
- * Tumor de células gigantes

Malignos

- * Osteosarcoma

 <p>PERU Ministerio de Salud Hospital de Lima Este - Vitarte</p>	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA	Versión: 01 Año: 2025
---	---	--------------------------

- * Condrosarcoma
- * Sarcoma de Ewing
- * Metástasis óseas
- * Enfermedades hematológicas
- * Linfomas
- * Leucemias
- * - Mieloma múltiple plasmocitoma solitario
- * Tumores intrarraquídeos (primarios o metastásico)

Etiología Extra Espinal

- * Vascular (aneurisma desecante o expansión aguda de la aorta)
- * Fibrosis retroperitoneal **
- * Genitourinarias
- * Endometriosis
- * Litiasis renal
- * Prostatitis**
- * Gastrointestinales
- * Pancreatitis*
- * Úlcera péptica
- * Cáncer de colon

5.3 FISIOPATOLOGÍA

Dado que se trata de un dolor inespecífico, no se conoce una fisiopatología específica. La compresión y/o tracción de los diferentes elementos que conforman la columna lumbar (disco intervertebral, ligamentos vertebrales, músculos espinales y abdominales, estructuras medulares y radicales), producirán el dolor según el origen del mismo.

Lumbalgia mecánica, cuando no hay una causa clara de la lumbalgia aguda se considera como no específica, para este grupo, que es la mayoría, no requieren de estudios de imágenes en la primera visita y no requieren de suspender los labores

Lumbalgia específica, como su nombre lo indica, tiene un factor específico que está causando el dolor lumbar puede deberse a: tumor, fractura, alteración anatómica de la columna congénita o adquirida, trauma, hernia disco, etc y requiere de estudios por imágenes y su manejo específico por especialista.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

El dolor lumbar afecta a alrededor del 70-80 por ciento de la población en general durante la vida, el 15 por ciento de los cuales tiene una fuente clara:

- Un 1,5-2% se presenta como ciática.
- El 60-80% de las personas tendrá al menos 1 episodio de lumbalgia en su vida.

 PERU Ministerio de Salud Hospital de Lima Este - Vitarte	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA	Versión: 01 Año: 2025
--	---	--------------------------

- Es más frecuente en la edad media de la vida y en el sexo femenino.
- La 1° presentación de lumbalgia es más frecuente entre los 20 y los 40 años, y la de la ciática entre los 35 y los 50 años.
- Se considera que 8 de cada 10 personas padecen dolor lumbar al menos una vez en la vida.
- Aproximadamente 10 millones de norteamericanos sufren discapacidad laboral por dolor lumbar, la incidencia de 10 a 15% y una prevalencia de 15 a 30% en la población adulta, según el estudio EPISER en la población española mayor de 20 años se tiene una prevalencia de 20%.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

5.5.1 Medio Ambiente

No conocidos.

5.5.2 Estilos de Vida

- Obesidad, - En el paciente con sobrepeso y obesidad, el incremento en el índice de masa corporal representa un factor de riesgo para lumbalgia.
- Actividad en el trabajo, - Existe evidencia consistente sobre la asociación entre el desarrollo de dolor lumbar y determinadas actividades físicas laborales: vibración corporal, cargar objetos pesados y flexión/torsión del tronco. El cargar objetos pesados durante periodos prolongados y en posiciones incorrectas incrementan el riesgo de lumbalgia.
- Inactividad física, El sedentarismo asociado a posiciones viciosas favorecen el desarrollo de lumbalgia.
- Actividad deportiva, existe evidencia que en pacientes con poco acondicionamiento físico y movilidad de columna incrementa el riesgo para lumbalgia.
- Tabaco.

5.5.3 Factores hereditarios:

No conocidos.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y síntomas

Los pacientes suelen cursar con dolor lumbar localizado o irradiado en forma distal (región glútea, miembros inferiores) asociado con la limitación funcional, el dolor se presenta o incrementa con la movilidad, pudiendo estar acompañada de fiebre si hay cuadro infeccioso, parestesias totales uni o bilaterales, si hay compromiso radicular; también puede presentar claudicación intermitente.

El dolor usualmente es de inicio insidioso curso progresivo con periodos de reagudización y generalmente está asociado al movimiento (levantar peso, adoptar posturas viciosas o aumento del índice de masa corporal).



La historia clínica adecuada y un examen físico exhaustivo son los pilares para el diagnóstico y manejo de la lumbalgia. Existe una nemotecnia conocida como ALICIA (A: tiempo de evolución y como o porque inicio, L: localización, I: intensidad en una escala del 1-10, C: características del dolor, I: Irradiación, ¿el dolor es localizado o afecta también otras zonas?, A: Alivia o empeora, pueden ser movimientos, actividades, reposo, medicamentos).

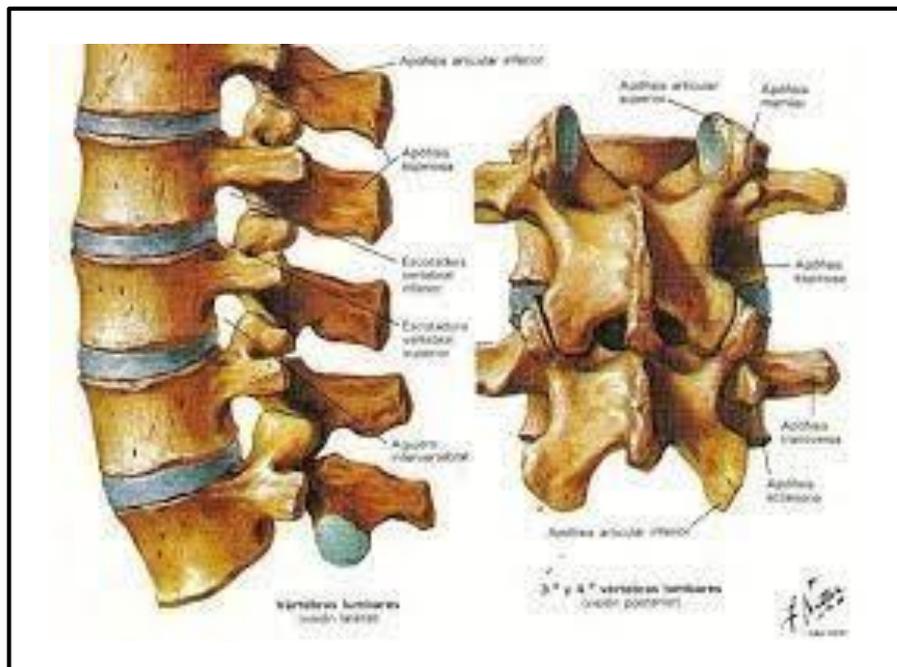
En el examen físico se deberá de evaluar IMC, la fuerza, sensibilidad, reflejos de miembros inferiores, también la inspección, palpación y rangos de movimientos de la columna lumbar para evaluar dolor, restricción o espasmos musculares, esto se puede evaluar con la prueba de Schober Modificada. Las pruebas positivas de Lasègue, Bragard y Cruzado sobre Lasègue nos dan un valor predictivo de radiculopatía y hernia de disco. La prueba de Patrick y Gaenslen pueden ayudarnos a realizar un diagnóstico diferencial entre patología coxofemoral, sacroilíaca o lumbar

6.1.2 Interacción Cronológica:

El dolor usualmente es de inicio insidioso curso progresivo con periodos de reagudización y generalmente está asociado al movimiento (levantar peso, adoptar posturas viciosas o aumento del índice de masa corporal).

6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías

Anatomía Lumbar



6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnóstico

 <p>PERU Ministerio de Salud Hospital de Lima Este - Vitarte</p>	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA	Versión: 01 Año: 2025
---	---	--------------------------

Dolor lumbar localizado o irradiado con una duración mayor a 12 semanas asociado o no compromiso neurológico.

6.2.2 Diagnóstico diferencial

Se tendrá en cuenta de acuerdo a la presencia de signos de alarma (Ver 6.4.3), características y etiología del dolor (Anexo 2).

Entre los posibles diagnósticos diferenciales se encuentran:

- Estenosis de canal lumbar.
- Neuropatía diabética.
- Gonartrosis de rodilla.
- Radiculopatía por hernia discal lumbar.
- Tumor medular y/o metástasis.
- Síndrome miofascial.
- Sacroileítis bilateral.
- Espondiloartrosis lumbar.

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1 Patología clínica.

Hemograma Completo
Velocidad de Sedimentación Glomerular
Proteína C Reactiva
Creatinina

6.3.2 De imágenes:

Radiografía de columna lumbosacra en las posiciones de antero posterior, lateral y oblicua o radiografía lumbosacra funcional.

TEM lumbosacra si las radiografías no contribuyen con el diagnóstico sobre todo para evaluar hueso y tejido para vertebral o disco intervertebral. Con contraste si hay posibilidad oncológica.

Resonancia magnética sin contraste para evaluar componentes de las partes blandas: hernia núcleo pulposo, estenosis vertebral, radiculopatías, ligamentos.

Gammagrafía Ósea: detectar focos hipercaptación o hipocaptación.

6.3.3 De exámenes especiales complementarios

Los estudios de imágenes de mayor complejidad deben reservarse ante la presencia de signos de alarma y la selección del mismo debe orientarse a la sospecha.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas Generales y preventivas: Se recomienda lo siguiente:

 PERU Ministerio de Salud Hospital de Lima Este - Vitarte	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA	Versión: 01 Año: 2025
---	---	--------------------------

Corregir posturas inadecuadas, realizar movimientos con las precauciones y protecciones del caso, disminución de peso.

6.4.2 Terapéutica:

a) Tratamiento No farmacológico:

- No se sugiere reposo en cama en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo.
- Se sugiere en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo continuar con la actividad física y mantener las actividades de la vida diaria, incluyendo la actividad laboral, tanto como sea posible.
- No se sugiere implementar programas de escuela de espalda para pacientes con lumbalgia aguda y subaguda.
- Se recomienda la terapia manual de manipulación y movilización de tejidos blandos brindada por un médico rehabilitador o terapeuta físico en un servicio de rehabilitación para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda, de acuerdo a disponibilidad de servicio.
- No se sugiere usar los soportes lumbares (fajas o corsés) para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda.

b) Tratamiento farmacológico.

Los grupos farmacológicos que se utilizan con más frecuencia en el tratamiento del dolor lumbar son los analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, relajantes musculares y antidepresivos, con evidencia dispar sobre su eficacia.

La elección del tratamiento farmacológico debe ser lo más individualizado posible, teniendo en cuenta las características de cada paciente y posibles factores de riesgo. Se debe basar fundamentalmente en eficacia y experiencia de uso, seguridad, necesidad y utilidad, características farmacocinéticas y coste de los distintos fármacos.

Tratamiento del dolor agudo: Dolor leve: Paracetamol +/- AINE. Dolor moderado: Paracetamol +/- AINE + Tramadol o Codeína. Dolor intenso: Paracetamol +/- AINE + Morfina. (ANEXO 3)

1. Fármacos de primera línea

- **Analgésicos:** Paracetamol 500-1000 mg cada 8 horas.
- **Antiinflamatorios:**
 - **COX-1:**
 - Ibuprofeno: 400 mg cada 8 horas
 - Naproxeno: 550 mg cada 8 horas
 - Diclofenaco: 50 mg cada 8 horas / Diclofenaco 75mg IM cada 24 horas
 - **COX-2**
 - Celecoxib: 200-400 mg/día
 - Etoricoxib: 60-90 mg/día

 <p>PERU Ministerio de Salud Hospital de Lima Este - Vitarte</p>	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA	Versión: 01 Año: 2025
---	---	--------------------------

- **Relajantes:**

- Orfenadrina: 60-100 mg cada 8 horas
- Benzodiacepina: diazepam 5-10 mg cada 12 horas
- Alprazolam: 0.25-1.0 mg cada 12 horas
- Clonazepam: 0.5-2.0 mg al día

- **Combinada:**

- COX-1 más relajante
- COX-2 más relajante

2. Fármacos de segunda línea

- Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina: 25-75 mg/día
- Antidepresivos cuatriciclos.

3. Fármacos de tercera línea:

- **Opiáceos mayores**

- Oxiconona
- Morfina: parches de buprenorfina 84ugr cada 48 horas
- Tramadol: 50-100mg/6-8horas VO, 50-100mg/24horas IV, tener en cuenta interacción medicamentosa.
- Codeína: 30-60mg cada 4 a 6 horas. Dosis máxima 180mg/día, sobre todo asociado a paracetamol.

4. Fármacos para la lumbalgia crónica asociada a radiculopatías (ciatalgia)

- Gabapentina: 300mg cada 12 horas
- Pregabalina: 25-75 mg cada 12 horas
- Duloxetina: 30 mg al día

6.4.3 Efectos Adversos o Colaterales con el tratamiento:

- Dispepsia
- Perforaciones
- Ulceras
- Hemorragia gastrointestinal
- Edema de miembros inferiores
- Hipertensión arterial
- Efectos trombóticos

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA	Versión: 01 Año: 2025
---	---	--------------------------

6.4.4 Signos de Alarma: a considerar lo siguiente

- Signos de déficit neurológico: disminución de fuerza en miembros inferiores 3/5 con limitación en la deambulaci3n.
- Fiebre
- P3rdida de peso significativa: 39% de peso corporal en menos de 2 meses.
- Antecedentes de neoplasia.
- Edad mayor a 50 a3os.
- Dolor en reposo.
- Inmunosupresi3n.
- Traumatismo previo.
- Osteoporosis
- Uso de corticoides
- S3ndrome de cauda equina.
- Falla a manejo analg3sico inicial.

6.4.5 Criterios de Alta:

En general, esta enfermedad no genera criterios de hospitalizaci3n, sin embargo; existen algunos criterios para dar de alta al tratamiento indicado: cuando los s3ntomas y la funcionalidad mejoran y permiten un desempe3o adecuado.

6.4.6 Pron3stico:

El paciente con lumbalgia tiene buen pron3stico.

6.5 COMPLICACIONES:

Las complicaciones de mayor cuidado son el compromiso neurol3gico (paraparesia, hipotrofia muscular marcada) con cuadro cl3nico a nivel de miembros inferiores y esf3nteres.

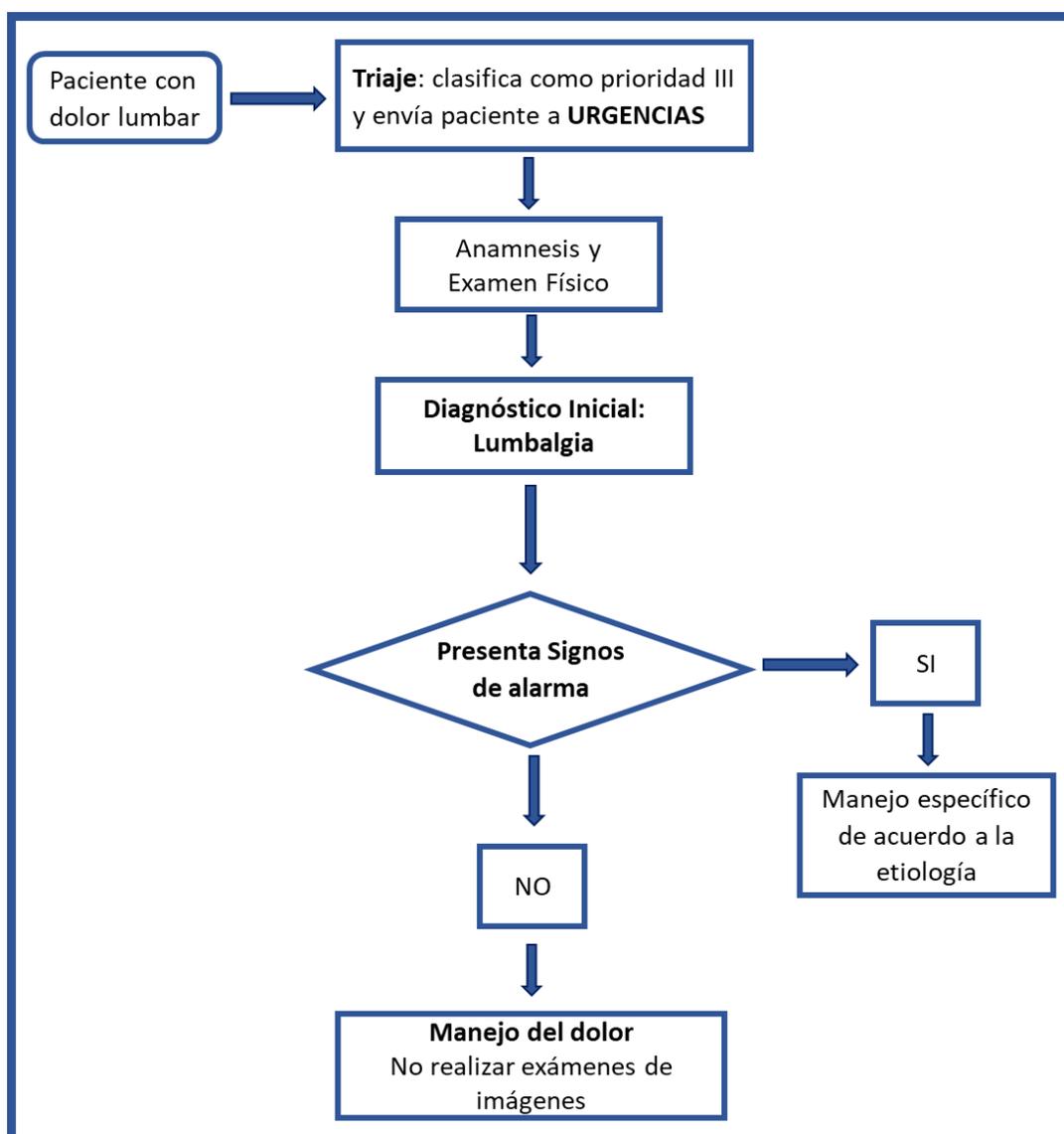
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

- a) Debe establecer una adecuada coordinaci3n inter e intra institucional para el manejo estandarizado de dicha patolog3a.
- b) El Hospital de Lima Este Vitarte tiene las competencias necesarias para el manejo de todo paciente con Lumbalgia; sin embargo, si el caso lo requiere se establecer3 un manejo de equipo entre las especialidades como Neurolog3a, Traumatolog3a, Neurocirug3a, medicina interna y medicina f3sica y rehabilitaci3n.
- c) Cuando el paciente est3 recuperado y en condiciones de alta, continuar3 asistiendo al Hospital de Lima Este Vitarte por su consulta externa y/o retornar3 a su localidad o instituci3n de origen mediante un resumen para su recuperaci3n y rehabilitaci3n.

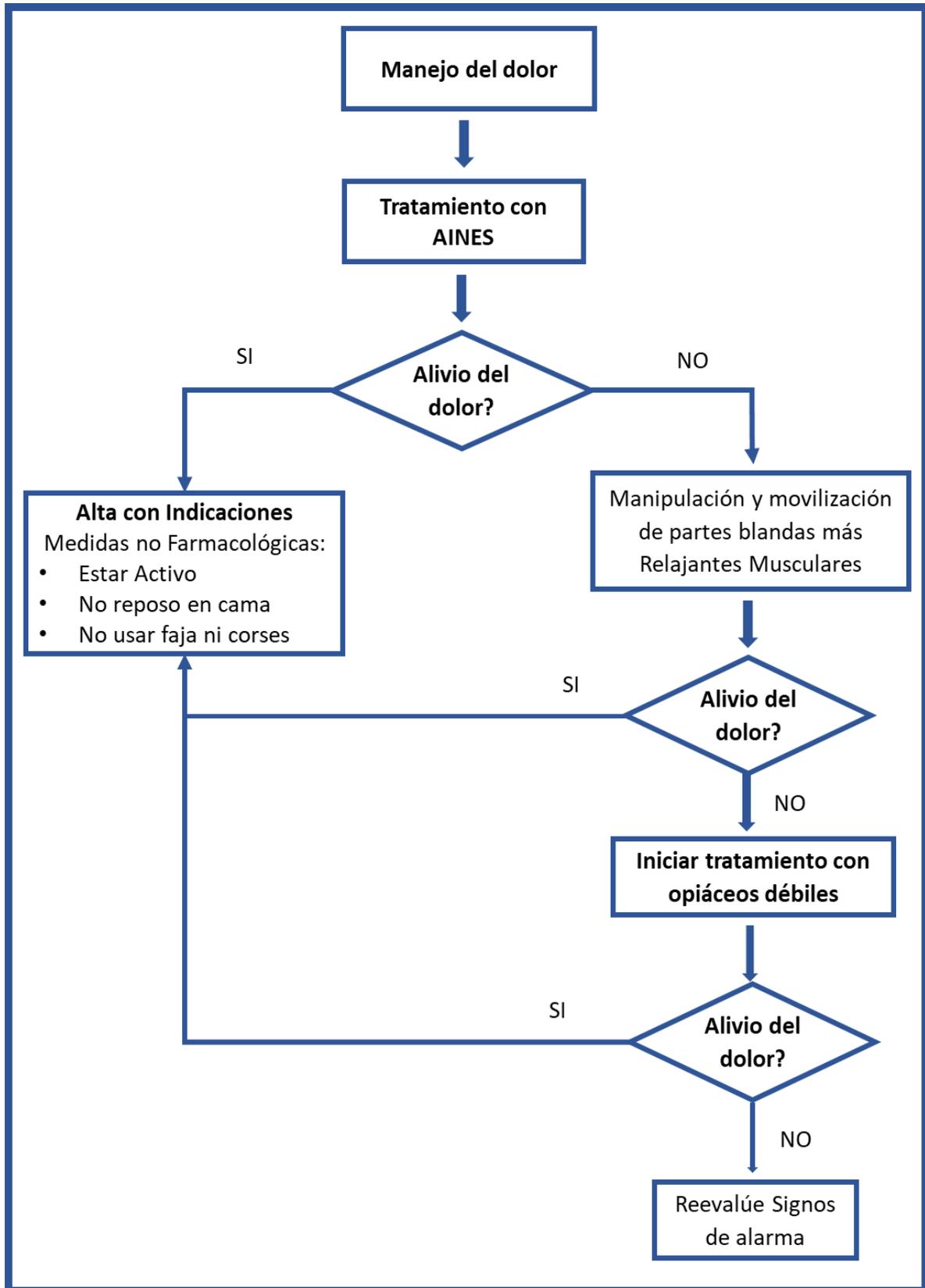
VII. FLUXOGRAMA

- FLUXOGRAMA N°1: DIAGNÓSTICO PACIENTE CON LUMBALGÍA
- FLUXOGRAMA N°2: TRATAMIENTO PACIENTE CON LUMBALGÍA

FLUXOGRAMA N°1: DIAGNÓSTICO PACIENTE CON LUMBALGÍA



FLUXOGRAMA N°2: TRATAMIENTO PACIENTE CON LUMBALGÍA



VII.- ANEXOS:

- **ANEXO 1: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR LUMBAR**
- **ANEXO 2: SIGNOS DE ALARMA**
- **ANEXO 3: TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**

ANEXO 1: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR LUMBAR

Etiología dolor lumbar	Elementos diagnósticos
Columna lumbar	
Fractura por compresión	Historia de trauma, punto doloroso en la columna, el dolor empeora con la flexión y los cambios de posición supino a sentado y de pie.
Hernia del núcleo pulposo	El dolor de la extremidad es mayor que el dolor de espalda y empeora cuando está sentado, el dolor de las raíces nerviosas L ₁ -L ₂ se irradia a la cadera y/o cara anterior del muslo y de las raíces nerviosas L ₄ -S ₁ se irradia por debajo de la rodilla.
Distensión lumbar	Dolor lumbar difuso que empeora con el movimiento y disminuye con el reposo.
Estenosis raquímedular	El dolor en las extremidades es mayor que el dolor lumbar, empeora al estar de pie y caminar, y mejora con el reposo o cuando la columna se flexiona. El dolor puede ser unilateral (estenosis foraminal) o bilateral (estenosis foraminal central o bilateral).
Espondilolistesis	El dolor en las extremidades es mayor que el dolor lumbar, empeora al estar de pie y caminar, y mejora con el reposo o cuando la columna se flexiona, el dolor puede ser unilateral o bilateral.
Espondilolisis	Puede causar dolor de espalda en los adolescentes, el dolor empeora con los movimientos de extensión y la actividad de la columna vertebral.
Espondilosis	Similar a la distensión lumbar, el dolor discal a menudo empeora con la flexión o posición sentado, el dolor fascetario a menudo empeora con la extensión, posición de pie o caminando.
Enfermedad sistémica	
Enfermedad del tejido conectivo	Artralgias, fiebre, pérdida de peso, fatigabilidad, dolor a la palpación de apófisis espinosas y articulaciones.
Espondiloartropatía inflamatoria	Dolor intermitente nocturno, dolor y rigidez matinal, limitación de la flexión lumbar.
Neoplasia Carcinoma metastásico, mieloma, linfoma, leucemia, tumor retroperitoneal.	El dolor empeora en decúbito prono, pérdida de peso, fatigabilidad, dolor a la palpación de las apófisis espinosas.
Osteomielitis-Discitis vertebral Absceso epidural-paraespinal	Dolor constante, sensibilidad en las apófisis espinosas, a menudo no hay fiebre, hemograma normal con VHS y proteína C reactiva elevadas.
Dolor referido	
Aneurisma de aorta abdominal	Malestar abdominal, masa pulsátil abdominal.
Enfermedades digestivas: Colecistitis, pancreatitis, úlcera péptica, perforación intestinal.	Malestar abdominal, náuseas, vómitos, síntomas digestivos asociados a la ingesta de alimentos.
Herpes zoster	Dolor o alodinia de distribución dermatómica unilateral, rash o vesículas.
Condiciones pélvicas: Endometriosis, enfermedad inflamatoria pelviana, prostatitis.	Malestar o disconfort en hemiabdomen inferior, pelvis o cadera.
Condiciones retroperitoneales: Cólico renal, pielonefritis.	Dolor en el ángulo costovertebral, hematuria o leucocituria, fiebre, escalofríos.

Fuente: Diagnóstico diferencial del dolor lumbar. RECIAMUC

ANEXO 2: SIGNOS DE ALARMA

Signos de alarma

PROCESO	Característica o factor de riesgo
Cáncer	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antecedente de cáncer ▶ Edad superior a 50 años ▶ Pérdida de peso inexplicable ▶ Solicitud de consulta por el mismo motivo en el mes anterior ▶ Dolor de más de un mes de evolución
Infección	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fiebre ▶ Presencia de factor de riesgo para infección (ej. inmunosupresión, infección cutánea, infección tracto urinario, sonda urinaria)
Fractura	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Traumatismo grave ▶ Traumatismo menor, en mayores de 50 años, osteoporosis o toma de corticoides
Aneurisma de aorta	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dolor no influido por movimientos, posturas o esfuerzos ▶ Existencia de factores de riesgo cardiovascular ▶ Antecedentes de enfermedad vascular
Artropatías inflamatorias	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Edad inferior a 40 años ▶ Dolor que no mejora con el reposo ▶ Disminución de la movilidad lateral
Síndrome cauda equina	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retención de orina
Compresión radicular grave	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anestesia en silla de montar ▶ Déficit motor progresivo

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza.

ANEXO 3: TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Medicamentos	Dosis	Escalamiento De Dosis	Nivel de Atención
Dolor leve agudo			
Celecoxib Cápsula 100 y 200 mg	Vía oral 1 o 2 cápsulas cada 12 o 24 h Dosis máxima 800 mg/día	PA: Paso 1: 200 mg c/24 h Paso 2: 200 mg c/12 h P.A.M: 200 mg c/24 h	Primer Nivel
Diclofenaco Tabletas de 100 mg	Vía oral 50 mg cada 24 h, dependiendo de la intensidad de los síntomas, Incrementar sin sobrepasar a la dosis máxima de 100 mg/ día	P.A. y P.A.M: Paso 1: 50 mg c/24 h Paso 2: 50 mg c/12 h	Primer Nivel
Ibuprofeno Tableta 400 mg	Vía oral 200 a 400 mg cada 4 a 6 h dependiendo de la intensidad de los síntomas, sin sobrepasar 1200 mg al día Dosis máxima: Pa: 1800 mg/día P.a.m: 100 mg/día	PA: Paso 1: 200mg c/8 h Paso 2: 400mg c/8 h PAM: 200 mg c/8 h	Primer Nivel
Meloxicam Comprimidos 15 mg	7.5 mg cada 12 h Dosis máxima: 15 mg/día	PA: Paso 1: 7.5 mg c/24 h Paso 2: 7.5 mg c/12 h P.A.M: 7.5 mg c/24 h	Primer Nivel
Paracetamol Tabletas 500 mg	Vía oral 500 mg cada 6 o 8 h Dosis máxima 4 g/día. En personas con alcoholismo positivo y paciente geriátrico, dosis máxima: 2 g/día	PA: Paso 1: 500 mg c/8 h Paso 2: 750 mg c/8 h Paso 3: 1 g c/8 h P.A.M: Paso 1: 500 mg c/12 h Paso 2: 500 mg c/8 h	Primer Nivel
<p>Nota: El dolor agudo se define como aquella experiencia sensorial y emocional desagradable que dura menos de 3 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> En primer nivel de atención: iniciar con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), vía oral y valorar la combinación con analgésicos de acción central, como paracetamol, al presentar dolor muscular cervical sin componente neuropático En segundo nivel de atención: puede iniciarse el tratamiento del dolor muscular cervical sin componente neuropático con tratamiento vía oral con Aines y paracetamol, pero también tratamientos con analgésicos vía intravenosos, para disminuir efecto de primer paso hepático, en servicios de urgencias y dar continuidad para manejo en casa con analgésicos vía oral En tercer nivel: el control del dolor puede realizarse con tratamientos por vía oral, por infiltración en zona afectada, o con parches de administración transdérmica. Considerar en el tratamiento los medicamentos que tienen menos gastrolesividad sobre todo en el grupo de población geriátrica (como ibuprofeno y Meloxicam). El paracetamol se considera actualmente un analgésico de acción central. A continuación, se señalará los incrementos de dosis como: <ul style="list-style-type: none"> Paso 1: dosis inicial del tratamiento para control del dolor. Paso 2: incremento del 25-50% de la dosis inicial, si el dolor no mejora, se continúa a paso 3. Paso 3: incremento del 50-75% de la dosis inicial. <p>Los incrementos se realizan con el porcentaje mínimo y escalar dosis gradualmente hasta lograr el control del dolor, en caso de no mejorar, continuar con el paso siguiente. La dosis varía de acuerdo con el grupo etario, para fines de este protocolo, se considera paciente adulto (P.A.) de 18-65 años y paciente adulto mayor (P.A.M), mayor de 65 años.</p>			

Medicamentos	Dosis	Escalamiento Dosis	Nivel de Atención
Dolor moderado agudo			
Celecoxib Tabletas 200 mg	1 cápsula c/ 24h, vía oral. Dosis máxima: P: A: 400 mg P.A: M: 100 mg	PA: Paso 1: 1 cápsula c/24 h Paso 2: 1 cápsula c/12 h P.A.M: Paso 1: 1 capsula c/24 h	Primer nivel
Clonixinato de lisina Ampulas 100 mg	Intramuscular o intravenosa, 100 mg c/8 a 12 h, dosis máxima 1200 mg al día	PA: Paso 1: 100 mg c/12 h Paso 2: 100 mg c/8 h	Urgencias de segundo nivel
Diclofenaco Tabletas 100 mg	Vía oral, 50 mg cada 24 h, dependiendo de la intensidad de los síntomas, a la dosis máxima de 100 mg/ día	P.A. y P.A.M: Paso 1: 50 mg c/24 h Paso 2: 50 mg c/12 h	Primer nivel
Diclofenaco Ampulas 75 mg	Intramuscular profunda, 50 mg c/24 h No administrar por más de 2 días. En adulto dosis máxima 100 mg/día	PA: Paso 1: 50 mg c/24 h Paso 2: 50 mg c/12 h PAM: 50 mg c/24 h	Urgencias de segundo nivel
Etofenamato Ampulas 1 g	Intramuscular, 1g c/24 h hasta un máximo de tres. Dosis máxima 1g/día	PA: Paso 1: 500 mg c/24 h im Paso2: 1gr c/24 h im. P.A.M: Paso 1: 500 mg c/24 h im	Urgencias de segundo nivel
Ibuprofeno Tabletas 400 mg	Vía oral, 200 a 400 mg cada 4 a 6 h dependiendo de la intensidad de los síntomas, sin sobrepasar 1200 mg al día	PA: Paso 1: 200 mg c/8 h Paso 2: 400 mg c/8 h PAM: 200 mg c/8 h	Primer nivel
Ketorolaco Ampulas 30 mg	Intramuscular o intravenosa, 30 mg c/8 h, dosis máxima 120 mg por día, no exceder de 4 días	PA: Paso 1: 30 mg c/8 h Paso 2: 30 mg c/6 h PAM: 30 mg c/12 h	Urgencias de segundo nivel
Meloxicam Comprimidos 15 mg	7.5 mg c/ 12 h Dosis máxima 15 mg al día	PA: Paso 1: 7.5 mg c/24 h Paso 2: 7.5 mg c/12 h P.A.M: Paso 1: 7.5 mg c/24 h	Primer nivel
Metamizol Ampulas 1 g	Intramuscular profunda 1g c/8 h o vía intravenosa 1 a 2 g c/12 h Dosis máxima corregida 4 g al día	PA: Paso 1: 1 gr c/12 h iv Paso 2: 1 gr c/8 h iv P.A.M: Paso 1: 500 mg c/12 h iv Paso 2: 500 mg c/8 h iv.	Urgencias de segundo nivel
Paracetamol Tabletas 500 mg	Vía oral, 500 mg cada 6 a 8 h Dosis máxima ante hepatopatías o alcoholismo activo: 2 g al día. no se incrementa dosis si se indicó tramadol compuesto con paracetamol lo cual puede llevar a sobrepasar dosis máxima que es de 4 g al día. Se administra al 100% de los pacientes por su efecto de sinergia y ahorrador de opioides.	P.A. Paso 1: 500mg c/8 h, P.A.M: Paso 1: 500 mg c/12 h Paso 2: 500 mg c/8 h	Primer nivel

Medicamentos	Dosis	Escalamiento Dosis	Nivel de Atención
Tramadol/Paracetamol Tabletas 37.5 mg/ 325 mg	Vía oral, 37.5 mg /325 mg a 75 mg /650 mg cada 6 a 8 h. Hasta un máximo de 300 mg/ 2600 mg por día Los incrementos dependerán de la tolerancia y presencia de efectos secundarios.	P.A: Paso 1: 1 tab c/8 h de 37.5 mg/325 mg tramadol/paracetamol Paso 2: 1 tableta c/6 h P.A.M: Paso 1: 1/4 tab c/8 h por 1 semana Paso 2: 1/2 tab c/8 h por 1 semana, Paso 3: 1 tab c/8 h.	Primer nivel
Tramadol Ampulas 100 mg	Intravenosa, 50 a 100 mg cada 24 h. Dosis máxima 400 mg por día. Abstenerse de administrar en paciente con crisis convulsivas, alergia. Valorar administración si paciente toma antidepressivos tricíclicos, duales o selectivos de serotonina, así como EPOC asociado o insuficiencia hepática	PA: Paso 1: 50 a 100 mg c/24 h Paso 2: 100 a 120 mg c/24 h iv Paso 3: 120 mg a 150 mg c/24 h iv P.A.M.: Paso 1: 50 mg c/24 h iv Paso 2: 100 mg c/24 h iv	Primer y segundo nivel
Tramadol Gotas 100 mg/ml	Dosis inicial: 5 mg a 10 mg c/ 6 a 8 h con incrementos del 25% en caso de no controlar el dolor. Cada gota contiene 2.5 mg. Diluir en 100 ml de agua, vía oral.	P.A: Paso 1: 5 mg a 10 mg c/8 h. Paso 2: 15 mg c/8 h Paso 3: 20 mg c/6 h P.A.M: Paso 1: 5 mg c/8 h por 1 semana. Paso 2: 10 mg c/8 h por 1 semana, Paso 3: 15 mg c/8 h	Primer y segundo nivel
<p>Nota: El porcentaje de pacientes con dolor MODERADO en la población general de primer nivel es alrededor de 40% y de estos pacientes, 70% presenta dolor nociceptivo de tipo articular, muscular-ligamentario y 30% presenta dolor neuropático. Del total, 10% pueden llegar al servicio de urgencias en segundo nivel y estos pacientes se tratan con analgésicos no opiáceos: paracetamol + AINES en 100% de los casos por un periodo de 3-5 días. Si no presenta mejoría se puede agregar OPIOIDES DÉBILES como el tramadol. Se continúa manejo en la consulta externa (primer nivel) con paracetamol + opiáceo débil es necesario titular la dosis de este medicamento sobre todo en el grupo de geriatría (buscando la dosis que mejor efecto analgésico tenga y menos efectos adversos por ello surge la necesidad de incluir Tramadol en caso de adultos jóvenes y en pacientes, se puede optar por esta medicación por un periodo de 4-6 semanas.</p>			
Medicamentos	Dosis	Escalamiento Dosis	Nivel de Atención
Dolor grave agudo			
Buprenorfina Ampulas 0.3 mg	Intramuscular o intravenosa, 0.3 a 0.6 mg por día fraccionar dosis c/6h Dosis máxima: sin techo terapéutico.	PA: 0.005mg a 0.007 mg/kg/ día Paso 1: 0.005 mg/kg para 24h aforado en 250 ml de ClNa 0.9% Paso 2: 0.007 mg/kg para 24 h aforado en 250 ml de ClNa 0.9%	Urgencias de segundo y tercer nivel

Medicamentos	Dosis	Escalamiento Dosis	Nivel de Atención
Buprenorfina Parche de 10 mg	Vía transdérmica. La dosis debe evaluarse individualmente. Evaluando intensidad del dolor y respuesta analgésica del paciente. Dosis inicial: un parche de 10 mg durante 7 días el efecto máximo se produce 24 h de colocado el parche en la piel	P.A. Y P.A.M: Paso 1: 1 parche de 10 mg durante 7 días, No aplicar más de 2 parches a la vez, independientemente de la concentración, ni incrementar la dosis en intervalos menores a 3 días.	Tercer nivel
Buprenorfina Parche de 5 mg	Vía transdérmica. La dosis debe evaluarse individualmente. Evaluando intensidad del dolor y respuesta analgésica. Dosis inicial: un parche de 5 mg durante 7 días. El efecto máximo se produce 24h después de colocado el parche en la piel. En ningún caso aplicar más de 2 parches a la vez, independientemente de la concentración, ni incrementar la dosis en intervalos menores a 3 días.	PA y P.A.M: Paso 1: 1 parche de 5 mg durante 7 días. Paso 2: 1 parche de 10 mg durante 7 días.	Tercer nivel
Paracetamol Tabletas 500 mg	Vía oral, 500 mg c/6 o c/8 h Se administra al 100% de los pacientes	P.A: Paso 1: 500 mg c/8 h Paso 2: 750 mg c/8 h Paso 3: 1 gr c/8 h P.A.M: Paso 1: 500 mg c/12 h Paso 2: 500 mg c/8 h	Urgencias de segundo y tercer nivel
Paracetamol Tabletas 500 mg	Vía oral, 500 mg Se administra al 100% de los pacientes	P.A. y P.A.M: Paso 1: 500 mg c/12h Paso 2: 500 mg c/8h	Primer nivel (seguimiento)
<p>Nota: El dolor severo se presenta en el 50 % de los casos. De estos, 70% puede corresponder a patología postraumática sin componente neuropático y 30% puede evolucionar a la cronicidad, presentando dolor neuropático agregado que requiere del manejo con neuromoduladores. Algunos acuden a urgencias de segundo nivel (10%) y casi el 90% debe continuar el tratamiento en la consulta externa de primer nivel para tratamiento por un periodo de 4-6 semanas y en caso de que presente dolor neuropático se mantiene el esquema de dolor crónico con componente neuropático por periodos que van de 6 meses (30% de casos) a un año (70% de casos).</p>			

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA	Versión: 01 Año: 2025
--	---	--------------------------

VIII.- BIBLIOGRAFÍA

1. Champín Michelena D., (2004). Lumbalgia. Rev. Soc. Per. Med. Int. 17(2), 50-56. <https://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/237/290>.
2. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009. <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/gpc.htm>.
3. Covarrubias-Gómez A. Lumbalgia: Un problema de salud pública. Rev Mex de Anest. 2010 jun; 33 (Supl 1): 106-109. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cmas101y.pdf>.
4. Coppolillo, F. Abordaje de la lumbalgia. Archivos de Medicina Familiar y General, 2012. Vol 9, N° 1, 67-63. <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/48/43>.
5. Guideline for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain. 2009. Alberta Clinical Practice Guidelines program. Colegio médico de Alberta, Canadá. Marzo 2009.
6. Low back pain. Early management of persistent non-specific low back pain. Mayo 2009 (NICE)
7. IETSI. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Lumbalgia. Guía en Versión Extensa. GPC N°2. Perú, diciembre 2016.
8. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima. Mayo 2022.
9. Valdospin Sánchez, S. P., Martínez Vizuetete, W. R., Tomala Navarrete, P. F., & Ruilova Alvarado, N. A. (2024). Diagnóstico diferencial del dolor lumbar. RECIAMUC, 8(1), 54-61. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.54-61](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.54-61).
10. Pérez Irazusta I., Alcorta Michelena I., Aguirre Lejarcegui G., Aristegi Racero G., Caso Martínez J., Esquisabel Martínez R., López de Goicoechea Fuentes AJ., Martínez Eguía B., Pérez Rico M., Pinedo Otaola S., Sainz de Rozas Aparicio R. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia. Osakidetza. GPC 2007/1. Vitoria-Gasteiz.
11. COST B13 Low Back Pain: Guidelines For Its Management. 2015.
12. Dra Michelle D. Dr Andres Z. Dra Andrea S. Actualización de lumbalgia en atención primaria, <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/696/1263>, Revista Médica Sinergia Vol. 6, Número 8, agosto 2021
13. Idoya L, Centro de Salud Contrueces. Gijón (Asturias), Una lumbalgia con trampa, https://mgyf.org/wp-content/uploads/2024/07/MGYF2024_031.pdf, Med Gen Fam. 2024; 13(3): 128-130.
14. Instituto Mexicano de Seguridad Social, Protocolo a atención integral, Lumbalgia Inespecífica, <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/historico/programas/14-pai-lumbalgia-inespecifica.pdf>, Fecha publicación 9 de junio 2023 PAI-IMSS-005-23