

# DOLOR LUMBAR

Diagnóstico y tratamiento del dolor lumbar inespecífico

## MANUAL PRÁCTICO

### FUENTE ORIGINAL

Cashin AG, Chou R, Weimer MB, McAuley JH. *Low Back Pain: A Review*.

**Revista:** JAMA (Journal of the American Medical Association) — Clinical Review & Education

**Publicación:** En línea, 15 de junio de 2026 · doi:10.1001/jama.2026.9631

**Tipo de artículo:** Revisión clínica (síntesis de 108 estudios: metaanálisis, ensayos clínicos y guías internacionales).

### RESUMEN

El dolor lumbar es la principal causa de discapacidad en el mundo. El 90 % de los casos es inespecífico. Este manual sintetiza la epidemiología, fisiopatología, evaluación diagnóstica, pronóstico y tratamiento basado en evidencia del dolor lumbar inespecífico agudo y crónico, integrando las recomendaciones de las guías del ACP, NICE y la OMS.

**Dr. Jorge Rojas Rodríguez**

[MedicinaCardiometabolica.com](http://MedicinaCardiometabolica.com)

# Contenido

---

1. Introducción y definición	3
2. Epidemiología y factores de riesgo	3
3. Fisiopatología	3
4. Presentación clínica	4
5. Evaluación clínica y diagnóstico	4
6. ¿Cuándo está indicada la imagen?	6
7. Pronóstico	7
8. Manejo inicial (todos los pacientes)	7
9. Tratamiento del dolor lumbar agudo inespecífico	8
10. Tratamiento del dolor lumbar crónico inespecífico	9
11. Síntesis de recomendaciones de las guías	11
12. Educación y autocuidado del paciente	11
13. Preguntas y respuestas para la práctica clínica	12
14. Conclusiones — Puntos para recordar	13
15. Referencia de la fuente	13

## 1. Introducción y definición

El **dolor lumbar** se define como dolor localizado por debajo del margen costal y por encima del pliegue glúteo inferior, con o sin dolor irradiado a la pierna. Constituye la **principal causa de años vividos con discapacidad en el mundo** y afecta a personas de todas las edades. Se estima que alrededor de 619 millones de personas lo padecen a nivel global.

Cuando no se identifica una causa específica, se denomina **dolor lumbar inespecífico**. Aproximadamente el **90 %** de los pacientes que consultan por dolor lumbar tienen dolor lumbar inespecífico. En atención primaria, menos del 10 % de los casos se deben a causas espinales específicas (radiculopatía, estenosis del canal, fractura vertebral, espondiloartritis axial, infección o malignidad).

### Clasificación temporal del dolor lumbar

- **Agudo:** duración menor de 6 semanas.
- **Subagudo:** duración de 6 a 12 semanas.
- **Crónico:** duración mayor de 12 semanas.

### Mensaje clave

El dolor lumbar inespecífico es un diagnóstico de exclusión: se establece tras descartar causas espinales y no espinales específicas mediante anamnesis y exploración física dirigidas, sin necesidad de imagen de rutina.

## 2. Epidemiología y factores de riesgo

La prevalencia estandarizada por edad es mayor en mujeres que en hombres (**9.330 vs 5.520 por 100.000**). La prevalencia aumenta con la edad y alcanza su pico alrededor de los **85 años**. Cerca de 1 de cada 4 trabajadores en EE. UU. reporta dolor lumbar, con una prevalencia media a lo largo de la vida cercana al 40 % en adultos.

### Factores de riesgo asociados a mayor prevalencia

Factor de riesgo	Magnitud de asociación
Obesidad	OR 1,5 (IC 95 %: 1,2–1,9)
Síntomas depresivos	OR 1,6 (IC 95 %: 1,3–2,0)
Exposición ocupacional (levantar cargas pesadas)	OR 1,10 (IC 95 %: 1,01–1,20) por cada 10 kg levantados
Tabaquismo	Asociación positiva establecida
Enfermedades crónicas (diabetes, asma)	Asociación positiva establecida
Antecedente de dolor lumbar previo	Predictor consistente de recurrencia

## 3. Fisiopatología

El proceso por el cual el dolor lumbar inespecífico se desarrolla y persiste sigue siendo poco claro. El término *inespecífico* implica que no existe una causa patoanatómica conocida y que el dolor no se asocia a trastornos espinales específicos. Aunque múltiples estructuras lumbares (músculos,

fascia, ligamentos, tendones, articulaciones facetarias, elementos neurovasculares, vértebras y discos) pueden generar dolor, faltan métodos fiables para identificar la estructura específica responsable.

El dolor lumbar inespecífico se conceptualiza como una condición **heterogénea de naturaleza biopsicosocial**, en la que interactúan factores biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales. Esta interacción varía entre individuos y explica la heterogeneidad de los síntomas y la respuesta al tratamiento.

### Modelo biopsicosocial: factores contribuyentes

Dominio	Ejemplos
<b>Biológico</b>	Disfunción de músculos, articulaciones y ligamentos de la espalda
<b>Psicológico</b>	Depresión, ansiedad, miedo relacionado con el dolor y creencias negativas
<b>Social y ocupacional</b>	Demandas laborales, bajo control sobre el trabajo, desventaja socioeconómica

#### Distribución diagnóstica del dolor lumbar (atención primaria)

- **≈ 90 %** → dolor lumbar inespecífico (sin causa patoanatómica fiable).
- **5–10 %** → radiculopatía lumbar o estenosis del canal.
- **< 1 %** → fractura vertebral, espondiloartritis axial, infección, malignidad o dolor referido visceral/vascular.

## 4. Presentación clínica

Los pacientes suelen presentar dolor y limitación funcional relacionada con la actividad: dificultad para flexionarse, levantar peso, caminar o tolerar posiciones prolongadas de pie o sentadas. El dolor, localizado entre el margen costal y los pliegues glúteos, puede irradiarse hacia el glúteo o el muslo **sin distribución dermatómica**. Aproximadamente el 30 % de los pacientes no recuerda un evento desencadenante y el 76 % refiere un episodio previo de dolor lumbar.

Los síntomas suelen empeorar con el movimiento o las posturas sostenidas y mejorar con el reposo o el cambio de posición. Se estima que el **72 %** de los pacientes con dolor lumbar inespecífico presenta condiciones cardiovasculares, metabólicas (p. ej., diabetes) o de salud mental (p. ej., depresión) coexistentes.

## 5. Evaluación clínica y diagnóstico

El diagnóstico de dolor lumbar inespecífico se realiza tras **excluir trastornos espinales y no espinales específicos**. La evaluación incluye una anamnesis y una exploración física dirigidas, orientadas a determinar la probabilidad de trastornos subyacentes específicos y a valorar la presencia y el grado de afectación neurológica.

### 5.1 Anamnesis

El clínico debe interrogar sobre:

- Duración, distribución, frecuencia, factores agravantes y de alivio del dolor.
- Efecto sobre las actividades diarias y el trabajo.

- Episodios previos de dolor lumbar y respuesta a tratamientos anteriores.
- Factores psicosociales: miedo relacionado con el dolor (kinesiofobia), síntomas depresivos y factores ocupacionales (litigios laborales, insatisfacción laboral).

## 5.2 Banderas rojas (red flags)

Aunque los signos y síntomas individuales tienen un valor diagnóstico limitado, varias características aumentan de forma relevante la probabilidad de patología grave. La presencia de **múltiples** banderas rojas debe incrementar la sospecha y motivar evaluación adicional.

Sospecha	Banderas rojas clave	Probabilidad postest
<b>Fractura vertebral</b>	Edad $\geq 70$ años; trauma grave; uso de corticoides $\geq 6$ meses; osteoporosis	Edad: 9 %; trauma: 11 %; corticoides: 33 %
<b>Malignidad espinal</b>	Antecedente de cáncer (mama, próstata, pulmón) con recurrencia ósea	33 % (IC 22–46 %)
<b>Infección vertebral</b>	Fiebre, uso de drogas IV, infección o procedimiento espinal reciente, inmunosupresión	—
<b>Espondiloartritis axial</b>	Inicio $< 45$ años, rigidez matinal $> 30$ min, mejora con ejercicio pero no con reposo, dolor nocturno, dolor alternante en glúteos	—
<b>Síndrome de cauda equina</b>	Retención/incontinencia urinaria nueva, anestesia en silla de montar, debilidad motora progresiva	—

### Urgencia neurológica: síndrome de cauda equina

Aunque afecta solo al 0,1 % de los pacientes en atención primaria, todos deben evaluarse en busca de déficits neurológicos rápidamente progresivos o graves. La presencia de retención/incontinencia urinaria nueva, anestesia en silla de montar y debilidad motora progresiva de los miembros inferiores requiere **imagen inmediata con RM y evaluación neuroquirúrgica urgente**.

## 5.3 Exploración física

Elementos importantes del examen físico:

- Evaluación de simetría espinal, postura y rango de movimiento.
- Palpación para diferenciar dolor espinal (óseo) de paraespinal (tejido blando).
- Valoración general de la movilidad (prueba sentarse-levantarse, evaluación de la marcha).

### Pruebas de provocación radicular

Prueba	Sensibilidad	Especificidad	Uso clínico
Elevación de pierna recta (Lasègue)	0,92 (0,87–0,95)	0,28 (0,18–0,40)	Sensible para hernia discal; positiva entre 30° y 70°
Elevación cruzada de pierna recta	0,28 (0,22–0,35)	0,90 (0,85–0,94)	Específica para hernia discal; dolor reproducido al elevar la pierna sana

## Correlación raíz nerviosa – exploración

Raíz	Exploración motora/refleja	Sensibilidad
L4	Extensión de rodilla (cuádriceps); reflejo patelar	Cara medial de la pierna
L5	Dorsiflexión del primer dedo y del pie	Dorso del pie
S1	Flexión plantar del pie; reflejo aquileo	Borde lateral del pie

Los síntomas en glúteo, muslo o pierna —o la debilidad— *precipitados por estar de pie y caminar y aliviados al sentarse o flexionar la columna* sugieren estenosis del canal lumbar (pseudoclaudicación).

## 6. ¿Cuándo está indicada la imagen?

### ⚠ Principio fundamental

La imagen espinal de rutina (radiografía, TC o RM) **NO está recomendada** en el dolor lumbar inespecífico de cualquier duración, en ausencia de banderas rojas. No mejora los desenlaces clínicos y puede identificar hallazgos incidentales que conducen a pruebas e intervenciones innecesarias.

Los cambios degenerativos lumbares son hallazgos comunes y a menudo no se asocian al dolor. En una cohorte poblacional de 3.369 adultos, se observaron cambios degenerativos en RM en el **77,8 %** de los participantes con dolor lumbar y en el **74,4 %** sin dolor lumbar. La proporción aumenta con la edad (>90 % en mayores de 69 años), incluso en personas asintomáticas.

Atribuir los síntomas a estos hallazgos degenerativos puede aumentar la ansiedad del paciente, generar diagnósticos inapropiados y conducir a pruebas y tratamientos innecesarios que no mejoran los desenlaces clínicos.

### Indicaciones de imagen según sospecha

Modalidad	Considerar ante sospecha de
RM	Cáncer, infección espinal, síndrome de cauda equina, déficits neurológicos; radiculopatía/estenosis si el paciente es candidato a cirugía o procedimiento
Radiografía	Cáncer, fractura vertebral; espondilitis anquilosante (con derivación a reumatología)
TC	Fractura vertebral (si no se realizó imagen inmediata)

### 🔄 Algoritmo diagnóstico simplificado

**Paso 1.** Paciente adulto con dolor lumbar (con o sin dolor en pierna) y limitación funcional.

**Paso 2.** ¿Signos de patología que requiere imagen inmediata? (cáncer, infección, cauda equina, fractura, déficit neurológico progresivo) → Sí: imagen inmediata (RM/Rx/TC) + manejo específico.

**Paso 3.** ¿Hallazgos sugestivos de patología específica tratable? (radiculopatía, estenosis, espondiloartritis) → considerar imagen dirigida si fracasa 1 mes de tratamiento y el paciente es candidato a intervención.

**Paso 4.** Excluir causas no espinales: patología de cadera, dolor visceral (pancreatitis, renal, ginecológico), enfermedad vascular, síndrome viral.

**Paso 5.** Sin criterios de imagen → diagnóstico de dolor lumbar inespecífico y manejo conservador.

## 7. Pronóstico

### Cifras clave de recuperación

- **Dolor lumbar agudo:** habitualmente autolimitado; ~72 % de los individuos se recupera a los 12 meses.
- **Dolor lumbar crónico:** pronóstico menos favorable; ~42 % se recupera en 12 meses.

En una revisión sistemática de 60 cohortes de inicio (17.974 participantes), entre los pacientes con dolor **agudo**, la puntuación media de severidad mejoró de 56 a 26 (escala 0–100) a las 6 semanas. En el dolor **subagudo**, de 63 a 29. En el dolor **crónico**, la mejoría fue pequeña (de 56 a 48), y muchos pacientes mantuvieron síntomas persistentes a las 52 semanas.

La diferencia mínima clínicamente importante (DMCI) para dolor y discapacidad se define habitualmente como una **reducción del 30 % respecto al valor basal**.

### Instrumentos de cribado pronóstico (presentación inicial)

Estratifican el riesgo de mala recuperación para orientar la selección e intensidad del tratamiento. Su precisión es variable y deben complementar el juicio clínico.

Instrumento	Ítems / objetivo	Discriminación (C)	Uso clínico
STarT Back Tool	9 ítems; estratifica riesgo psicosocial	0,59 (0,55–0,63)	Riesgo bajo/medio/alto para dirigir cuidado psicológicamente informado
Modelo PICKUP	5 ítems; predice transición a crónico	0,66 (0,63–0,69)	Identifica pacientes de bajo riesgo; apoya tranquilización y evita derivación innecesaria
Örebro (ÖMPSQ)	25 ítems; factores psicológicos y funcionales	0,69 (0,62–0,76)	Riesgo de discapacidad laboral persistente; orienta intervenciones ocupacionales
Modelo da Silva	5 ítems; predice recuperación a 1 sem, 1 y 3 meses	0,71 (0,63–0,78)	Estima probabilidad de recuperación rápida; apoya discusión de pronóstico a corto plazo

## 8. Manejo inicial (todos los pacientes)

### Pilares del manejo inicial — cualquier duración

- **Tranquilizar:** informar que es improbable una enfermedad grave subyacente.
- **Educación:** explicar el curso esperado de recuperación.
- **Mantener actividad:** recomendar permanecer físicamente activo y continuar las actividades habituales, incluido el trabajo.
- **Evitar reposo prolongado:** puede retrasar la recuperación.
- **Apoyar el autocuidado:** estrategias de alivio sintomático (p. ej., calor superficial) y dosificación gradual de la actividad.

## 9. Tratamiento del dolor lumbar agudo inespecífico

Con o sin tratamiento, los pacientes con dolor lumbar agudo experimentan una mejoría sustancial en dolor y función en aproximadamente **6 semanas**. El ejercicio estructurado o supervisado **no** está indicado de rutina en el dolor agudo por su efectividad limitada.

### 9.1 Tratamientos no farmacológicos (primera línea)

Intervención	Efecto sobre el dolor	Comentario
Manipulación espinal	DM -10,0 (-15,6 a -4,3) en 0-100	Mejora también la discapacidad (efecto pequeño). Eventos menores transitorios
Calor superficial	DM 1,1 (0,7 a 1,5) en 0-5	Reduce dolor y discapacidad; seguro (eritema cutáneo leve resuelve rápido)
Acupuntura	DM -9,4 (-17,0 a -1,8) en 0-100	Mejora el dolor; sin cambio significativo en discapacidad
Masaje	Mejoría significativa del dolor (1 ensayo pequeño)	Evidencia limitada; sin efecto sobre la discapacidad
Consejo de evitar reposo en cama	SMD 0,2 (0,02 a 0,4) a las 4 sem	Mantener actividad mejora dolor y estado funcional

### 9.2 Tratamientos farmacológicos

Indicados cuando el dolor limita sustancialmente la función o cuando el cuidado no farmacológico no es factible (acceso limitado, costo, necesidad de alivio rápido). Primera línea: **AINE** y **relajantes del músculo esquelético**.

Fármaco / clase	Dosis	Eficacia vs placebo	Precauciones clave
<b>AINE</b> (ibuprofeno, naproxeno, celecoxib)	Ibuprofeno 400-800 mg c/6-8 h (máx 2.400 mg/d)	↓ dolor DM -7,3 (-11,0 a -3,6); ↓ discapacidad	Cautela en asma, enfermedad renal, úlcera. Contraindicado en ERC o sangrado GI activo
<b>Relajantes musculares</b> (ciclobenzaprina, tizanidina)	Ciclobenzaprina 5-10 mg 3×/d; tizanidina 4-12 mg 3×/d	↓ dolor DM -7,7 (-12,1 a -3,3); no mejora discapacidad	↑ eventos adversos (sedación, mareo). Riesgo de caídas en mayores; evitar uso prolongado
<b>Acetaminofén</b> (paracetamol)	500-1.000 mg c/4-6 h (máx 4.000 mg/d)	Sin reducción significativa del dolor ni discapacidad	Ya NO se considera primera línea por ineficacia. Cautela en hepatopatía

### ⊘ Lo que NO se recomienda en el dolor agudo

- **Benzodiazepinas** (p. ej., diazepam): no mejoran la discapacidad; riesgo de mal uso y dependencia.
- **Corticoides sistémicos**: sin beneficio en dolor ni función.
- **Opioides**: reservar solo para dolor agudo grave e incapacitante que no responde a AINE ni relajantes; cursos cortos (pocos días) de liberación inmediata.

## 10. Tratamiento del dolor lumbar crónico inespecífico

Los tratamientos **no farmacológicos** son la primera línea para reducir la discapacidad, mejorar la función y manejar comorbilidades (como la depresión) asociadas a peor pronóstico. Los tratamientos farmacológicos son de **segunda línea**, cuando el cuidado no farmacológico no logra alivio suficiente. Las intervenciones invasivas se reservan para quienes no responden a primera y segunda línea.

### 10.1 Tratamientos no farmacológicos (primera línea)

Intervención	Efecto (dolor / discapacidad)	Comentario
Ejercicio (cualquier tipo)	DM dolor -15,2 (-18,3 a -12,2); DM discapacidad -6,8 (-8,3 a -5,3) en 0-100	Ningún tipo es superior. Elegir según preferencia; dosis ~20 h en 8-12 semanas
Terapia psicológica (TCC)	SMD dolor -0,5 (-0,8 a -0,2); discapacidad -0,5 (-0,8 a -0,2)	Formatos breves pueden mantener eficacia (sesión única no inferior a 8 sesiones a 3 meses)
Educación y consejo	DM dolor -11,2 (-17,0 a -5,3) en 0-100	Abordar creencias no útiles; dolor persistente no implica daño tisular continuo
Rehabilitación multidisciplinar	SMD dolor -0,2; discapacidad -0,2	Más eficaz que ejercicio o psicología aislados; acceso y costo limitan su uso
Manipulación espinal	DM dolor -4,7 (-8,3 a -1,2) en 0-100	Beneficio a corto plazo; recomendaciones de guías variables
Acupuntura	DM dolor -9,2 (-13,8 a -4,6) en 0-100	Beneficio a corto plazo; no mejora discapacidad

### 🎯 Terapias integradas con mayor evidencia a largo plazo (≥1 año)

- **Reentrenamiento sensoriomotor graduado**: educación + ejercicios de percepción + exposición gradual; redujo la discapacidad hasta 1 año.
- **Terapia funcional cognitiva (CFT)**: educación individualizada + exposición gradual al movimiento + cambio de estilo de vida; redujo dolor y discapacidad hasta 1 año.

### ⊘ Terapias NO recomendadas en dolor crónico (falta de eficacia)

Tracción espinal, ultrasonido terapéutico, electroterapia (TENS) y soportes lumbares.

## 10.2 Tratamientos farmacológicos (segunda línea)

Considerar solo cuando no hay mejoría o hay empeoramiento con el tratamiento no farmacológico recomendado.

Fármaco	Eficacia vs placebo	Recomendación / advertencia
<b>AINE</b>	↓ dolor DM -11,1 (-13,8 a -8,4) en 0-100	Primera línea farmacológica. ↑ eventos GI (RR 2,5). Selección y monitorización cuidadosas
<b>Duloxetina (ISRN)</b>	↓ dolor DM -5,3 (-7,2 a -3,3) en 0-100	Segunda línea (ACP). NICE y OMS recomiendan en contra (beneficio pequeño vs eventos adversos)
<b>Tramadol</b>	↓ dolor SMD -0,6 (-0,7 a -0,4)	↑ riesgo de eventos adversos serios. Solo casos seleccionados, dosis y duración mínimas
<b>Opioides</b>	↓ dolor (modesto, corto plazo)	Solo dolor grave refractario (ACP). NICE y OMS recomiendan en contra. Reevaluar y considerar retiro
<b>Cannabis</b>	↓ dolor DM -0,6 (-0,9 a -0,3) en 0-10	Evidencia limitada; ↑ eventos adversos. No aprobado por la FDA para dolor crónico no oncológico

### ⊖ Fármacos NO recomendados en dolor crónico

Acetaminofén, corticoides sistémicos, relajantes musculares y antiepilépticos (pregabalina, gabapentina): sin beneficio y con mayor riesgo de eventos adversos (mareo, sedación, eventos GI).

## 10.3 Tratamientos invasivos

Las inyecciones espinales, la denervación por radiofrecuencia, la estimulación medular y la cirugía espinal **rara vez están indicadas** en el dolor lumbar inespecífico. Deben considerarse solo cuando se ha identificado una fuente plausible de dolor y han fracasado los tratamientos no invasivos.

Intervención	Evidencia	Recomendación
Inyecciones espinales (epidural, facetaria)	Sin beneficio significativo vs sham (metaanálisis en red, 47 ensayos)	No recomendadas para dolor inespecífico
Denervación por radiofrecuencia	Efectividad incierta; sin beneficio significativo vs sham	NICE: solo en dolor facetario con respuesta >50 % a bloqueo diagnóstico
Estimulación medular	Sin beneficio sostenido que supere costos y riesgos	No indicada (riesgo de infección, daño neurológico, migración de electrodos)
Cirugía (fusión / reemplazo de disco)	Fusión no superior a rehabilitación intensiva	No recomendada para dolor inespecífico; valorar solo casos refractarios ≥1 año con decisión compartida

## 11. Síntesis de recomendaciones de las guías (EE. UU., Reino Unido y OMS)

Comparativa de las principales recomendaciones del Colegio Americano de Médicos (ACP), el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención del Reino Unido (NICE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

### Dolor agudo inespecífico — no farmacológico

Tratamiento	ACP (EE. UU.)	NICE (R. Unido)
Consejo y educación / mantener actividad	Recomendado	Recomendado
Calor superficial	Recomendado	Condicional
Manipulación espinal	Recomendado	Condicional
Masaje	Recomendado	Condicional
Acupuntura	Recomendado	Recomendado en contra

### Dolor crónico inespecífico

Tratamiento	ACP	NICE	OMS
Ejercicio	Recomendado	Recomendado	Recomendado
Terapia psicológica (TCC)	Recomendado	Condicional	Recomendado
Terapia multidisciplinar	Recomendado	Recomendado	Recomendado
AINE	Recomendado	Recomendado	Recomendado
Antidepresivos (ISRN)	Recomendado (2. <sup>a</sup> línea)	Recomendado en contra	Recomendado en contra
Opioides	Solo refractarios	Recomendado en contra	Recomendado en contra

## 12. Educación y autocuidado del paciente

Todos los pacientes deben recibir consejo y educación adaptados a sus necesidades para apoyar el autocuidado, que incluye las acciones cotidianas para manejar el dolor y mantener las actividades habituales.

### Comprender el dolor lumbar

- La mayoría del dolor lumbar surge de tensiones menores de músculos, articulaciones o ligamentos y no indica patología grave ni daño duradero.
- Las fluctuaciones en la intensidad del dolor son comunes y no implican mayor daño tisular.
- En el dolor agudo, la mejoría sustancial ocurre típicamente en 6 semanas.
- En el dolor crónico, la mejoría funcional es alcanzable aunque el dolor no se resuelva por completo.

## Sobre la imagen

- La imagen rara vez está indicada; con frecuencia identifica hallazgos incidentales (protrusiones, degeneración, artropatía facetaria) comunes también en personas sin dolor y que reflejan cambios propios de la edad.

## Validar el dolor y corregir conceptos erróneos

- Reconocer que el dolor es real y angustiante.
- Corregir ideas erróneas: el dolor no equivale a daño; el movimiento es seguro.
- Reforzar el retorno gradual a las actividades y al trabajo. Los aumentos temporales del dolor con la actividad son comunes y no peligrosos.

## 13. Preguntas y respuestas para la práctica clínica

### ? P1. ¿Qué es el dolor lumbar inespecífico?

Dolor por debajo del margen costal y por encima de los pliegues glúteos, sin características clínicas que sugieran una condición específica subyacente (radiculopatía, estenosis, espondiloartritis axial, fractura, infección o malignidad) ni dolor referido de estructuras no espinales (renal, gastrointestinal, pélvico o vascular).

### ? P2. ¿Cuándo solicitar imagen diagnóstica?

La imagen de rutina (Rx, TC o RM) no se recomienda en ninguna duración del dolor inespecífico, porque no mejora desenlaces y detecta hallazgos incidentales. Reservar para déficits neurológicos graves o progresivos (debilidad motora, anestesia en silla de montar, retención urinaria) o signos de patología grave (cáncer, infección, fractura, cauda equina).

### ? P3. ¿Cuáles son los tratamientos de primera línea?

**Agudo:** educación y autocuidado, tranquilización y mantener la actividad. Si se requiere más: calor superficial, manipulación, acupuntura o masaje (alivio a corto plazo); AINE y relajantes musculares cuando el dolor limita la función.

**Crónico:** autocuidado, ejercicio y terapias psicológicas, solas o como parte de cuidado biopsicosocial multidisciplinar. AINE como primera línea farmacológica (segunda línea global).

### ? P4. ¿Es útil el acetaminofén (paracetamol)?

No como monoterapia. Ya no se considera primera línea: no reduce significativamente el dolor ni la discapacidad y el tiempo de recuperación no difiere del placebo.

### ? P5. ¿Qué papel tienen los opioides?

Muy limitado. Reservar para dolor agudo grave e incapacitante que no responde a AINE ni relajantes, en cursos cortos de liberación inmediata. En dolor crónico, NICE y OMS recomiendan en contra; el ACP solo en casos refractarios. En uso prolongado, considerar reducción gradual.

### ? P6. ¿Se recomienda la cirugía para el dolor lumbar inespecífico?

No. La fusión espinal y el reemplazo discal no se recomiendan; la fusión no es superior a la rehabilitación intensiva. La derivación quirúrgica solo se valora, con decisión compartida, en síntomas refractarios por más de 1 año que limitan sustancialmente la vida diaria.

## 14. Conclusiones — Puntos para recordar

### Mensajes finales

1. El dolor lumbar es la principal causa de discapacidad en el mundo; ~90 % es inespecífico.
2. El diagnóstico es de exclusión: anamnesis y exploración dirigidas para descartar banderas rojas y causas específicas.
3. La imagen de rutina no está indicada y puede causar daño por hallazgos incidentales.
4. El dolor agudo suele ser autolimitado (~72 % recupera a 12 meses); el crónico tiene peor pronóstico (~42 %).
5. El manejo inicial universal: tranquilizar, educar, mantener la actividad y apoyar el autocuidado.
6. Agudo: no farmacológicos seleccionados + AINE/relajantes musculares. Crónico: ejercicio + terapias psicológicas + cuidado multidisciplinar.
7. Evitar acetaminofén en monoterapia, benzodiazepinas, corticoides sistémicos; opioides solo en casos excepcionales.
8. Las intervenciones invasivas (inyecciones, radiofrecuencia, estimulación medular, cirugía) rara vez están indicadas.





## 15. Referencia de la fuente

Cashin AG, Chou R, Weimer MB, McAuley JH. *Low Back Pain: A Review*. JAMA. Publicado en línea el 15 de junio de 2026. doi:10.1001/jama.2026.9631.

*Este manual es una síntesis educativa con fines de actualización clínica, elaborada a partir de la revisión original publicada en JAMA. Para detalles metodológicos, estimaciones completas y referencias primarias, se recomienda consultar el artículo original.*

### ¿Quieres acceder a más contenido médico exclusivo?

Suscríbete y accede a una biblioteca académica organizada.

-  Colección de libros de medicina (~18 GB).
-  Resúmenes de artículos científicos, papers y ensayos clínicos, con el artículo original.
-  Directorio de ensayos clínicos organizado por fármaco (antecedente, PICO, resultados).
-  Directorio de enlaces de interés: Canal de WhatsApp, Grupo de Facebook, Canal de Instagram, Grupo de cursos y congresos, Instagram, TikTok y Spotify.

 **SUSCRIBIRME AHORA**

*Suscríbete y forma parte de una comunidad médica enfocada en actualización científica, medicina basada en evidencia y práctica clínica cardiometabólica.*

<https://medicinacardiometabolica.com/2026/06/21/suscriptores/>