



Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

# Manejo del lumbago crónico

**Elaborado por**

Equipo multidisciplinario especializado en rehabilitación

**Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia**

**No. 137**









Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

**Guía de práctica clínica basada  
en evidencia (GPC-BE) No. 137**

**“Manejo del lumbago crónico”**

**Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
Subgerencia de Prestaciones en Salud  
Comisión de elaboración de guías  
de práctica clínica basadas en evidencia**

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)  
Subgerencia de Prestaciones en Salud  
Comisión de guías de práctica clínica basadas en  
evidencia (GPC-BE)  
**GPC-BE No. 137 “Manejo del lumbago crónico”**  
Edición 2022; págs. 76  
IGSS, Guatemala.

**Elaboración revisada por:**

Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS  
Oficio No. 6973 del 16 de mayo de 2022

**Revisión, diseño y diagramación:**

Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia;  
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

**ISBN: 978-9929-795-25-9**

Derechos reservados-IGSS-2022

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

**M.Sc. Licenciado Edson Javier Rivera Méndez**  
Gerente

**Doctor Arturo Ernesto García Aquino**  
Subgerente de Prestaciones en Salud



## **Grupo de Desarrollo**

**Dra. Wendy Carolina Luna Leiva (Coordinadora)**

Médico Especialista “A”

Encargada de Servicio de Lesiones Diversas

Hospital de Rehabilitación

**Dra. Ana Beatriz Quevedo Galindo**

**(Subcoordinadora)**

Médico Especialista “A”

Encargada de Servicio de Amputados y Lesión de

Nervio Periférico

Hospital de Rehabilitación

**Dra. Mara Azucena Flores Foronda**

Médico Especialista “B”

Hospital de Rehabilitación

**Dr. Joaquín Alberto Barrios González**

Médico Residente I

Hospital de Rehabilitación

**Reconocimiento a:**

**Dr. Javier Antonio Véliz Chinchilla**

por su colaboración con las ilustraciones

fotográficas





## **Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia**

**Dr. Edgar Campos Reyes**

Subgerencia de Prestaciones en Salud

**Dra. Erika Breshette López Castañeda**

Subgerencia de Prestaciones en Salud



## **Declaración de conflicto de interés**

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.



## Prólogo

### ¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Podría resumirse, como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **–la evidencia–**, para aplicarla a la práctica clínica.

**El nivel de evidencia clínica** es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación. (Tabla 1)

**Tabla 1. Niveles de evidencia\***

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
<b>A</b>	<b>1a</b>	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	<b>1b</b>	Ensayo clínico aleatorio individual.
	<b>1c</b>	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
<b>B</b>	<b>2a</b>	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	<b>2b</b>	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	<b>2c</b>	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	<b>3a</b>	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	<b>3b</b>	Estudios de caso control individuales.
<b>C</b>	<b>4</b>	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
<b>D</b>	<b>5</b>	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

\* Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.

\*\*All or none (Todos o ninguno): Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Fuente: Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluza de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de [https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella\\_Niveles.pdf](https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf)

**Los grados de recomendación** son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia**; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Tabla 2)

**Tabla 2. Significado de los grados de recomendación**

Grado de recomendación	Significado
<b>A</b>	Extremadamente recomendable.
<b>B</b>	Recomendable favorable.
<b>C</b>	Recomendación favorable, pero no concluyente.
<b>D</b>	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Fuente: Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluza de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de [https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella\\_Niveles.pdf](https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf)

**Las guías de práctica clínica basadas en evidencia**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

**1a**

En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **nivel de evidencia 1a** (en números y letras minúsculas, con base en la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan

**A**

el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto **A** (siempre en letras mayúsculas con base en la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las guías desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

Las guías de práctica clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las guías de práctica clínica basada en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por sus siglas en inglés Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como “**los elementos esenciales de las buenas guías**”, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

**En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda en el momento de tomar decisiones clínicas.** En una guía de práctica clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales –especialistas y médicos residentes– que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión de guías de práctica clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y

recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctica y de fácil revisión.

El IGSS tiene el alto privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta Guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta noble institución.

*Comisión de guías de práctica clínica, IGSS,*

*Guatemala, 2022*

## Abreviaturas

<b>EVA</b>	Escala Visual Análoga
<b>INSHT</b>	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
<b>SSRIs</b>	Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina
<b>TB</b>	Tuberculosis
<b>TCA</b> s	Antidepresivos tricíclicos
<b>TENS</b>	Estimulación eléctrica transcutánea



## Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Metodología	5
4. Contenido	9
5. Anexos	35
6. Glosario	47
7. Referencias bibliográficas	49



# Guía de práctica clínica basada en evidencia sobre “Manejo del lumbago crónico”

## 1. Introducción

El lumbago crónico es un cuadro que se caracteriza por la presencia de dolor en la espalda baja o zona lumbar. Se habla de lumbago crónico cuando su tiempo de duración es mayor a tres meses.

Del 80 al 90% de los casos se considera lumbago crónico no especificado. Es una de las primeras causas de ausencia e incapacidad laboral. Se estima que por lo menos una vez al año, las personas adultas experimentarán un episodio de dolor de espalda baja. La mayoría de la población consultará cuando el dolor ha aumentado y ya no le permite realizar sus actividades diarias.

Algunas causas están asociadas al estilo de vida y pueden ser modificables como: mantener un adecuado peso corporal, practicar actividad física de forma regular y manejar adecuadas posturas tanto para sentarse, como para cargar peso.

En el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el diagnóstico de lumbago no especificado, se registró como la primera causa de morbilidad en el área de Medicina Física de los años 2017 a 2020.

Por lo anterior, se crea esta guía orientada a todos los médicos generales y especialistas que evalúan pacientes en consulta externa, para orientarlos en diagnóstico, tratamiento integral y manejo preventivo para evitar complicaciones a largo plazo, y mejorar la calidad de vida del derechohabiente.

## 2. Objetivos

### General

Elaborar recomendaciones basadas en la evidencia científica, que permitan orientar a los profesionales de la salud en el proceso de toma de decisiones e intervenciones terapéuticas adecuadas en el manejo de pacientes con lumbago crónico.

### Específicos

1. Proporcionar una guía actualizada sobre definición y factores de riesgo que permitan la evaluación, diagnóstico y clasificación del lumbago crónico.
2. Recomendar decisiones terapéuticas adecuadas y actualizadas para el manejo del lumbago crónico.
3. Establecer las medidas preventivas útiles para evitar la aparición y recaídas de lumbago crónico.



### 3. Metodología

#### Definición de preguntas

1. ¿Qué es el lumbago crónico?
2. ¿Cuáles son las causas y factores de riesgo?
3. ¿Cómo se diagnostica el lumbago crónico?
4. ¿Cuáles son los signos de alarma en lumbago crónico?
5. ¿Cómo se clasifica el lumbago crónico?
6. ¿Cuándo están indicados los estudios en lumbago crónico?
7. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico y rehabilitativo recomendado en lumbago crónico?
8. ¿Cuáles son las indicaciones para valorar tratamiento quirúrgico en lumbago crónico?
9. ¿Cómo se previene el lumbago crónico?

#### Criterios de inclusión de los estudios:

Idiomas: español e inglés

Fechas de las publicaciones: 2007 al 2021.

Estudios con base científica confiable:

- Guía de práctica clínica basada en la evidencia, de atención primaria, diagnóstico y tratamiento.

- Estudios analíticos longitudinales y transversales, de cohortes, casos y controles.
- Meta-análisis, revisión bibliográfica, artículo de revisión, reunión multidisciplinaria de expertos, actualización basada en evidencia.
- Artículos y publicaciones no pagadas

### **Criterios de exclusión de los estudios:**

Estudios anteriores al año 2006.

Conflicto de intereses por estudios realizados por farmacéuticas.

### **Reportes de caso**

### **Estrategias de búsqueda**

Consultas en materiales electrónicos

Guías de Práctica Clínica

Revistas médico-científicas

**Palabras clave:** lumbago, espalda baja, clasificación, fisiopatología, guía, tratamiento farmacológico, medios físicos, posturas, prevención, dolor.

### **Población diana**

Derechohabientes adultos que asisten a consulta en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) que acude a atención médica por cuadro de lumbago crónico en los centros de atención médica del IGSS y de otras instituciones de servicio médico.

## **Usuarios de la guía**

Profesionales médicos generales y especialistas, médicos residentes, personal de enfermería y personal paramédico que se ve involucrado en la atención de pacientes con lumbago crónico.

## **Implicaciones para la práctica**

Estandarización en el manejo del paciente con lumbago crónico en las distintas áreas de atención del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Con base a la evidencia científica disponible actualmente, dar a conocer el uso de las distintas modalidades terapéuticas.

## **Limitaciones en la revisión de la literatura**

Documentos en línea no accesibles por razones de costo.

## **Fecha de la elaboración, revisión y año de publicación de esta guía**

Elaboración durante abril a diciembre 2021.

Revisión 2022

Publicación año 2022



## 4. Contenido

### Definición

El lumbago o lumbalgia crónica es una entidad clínica caracterizada por dolor en la región vertebral o paravertebral lumbar, localizado entre la última costilla y los pliegues glúteos. (Movasat Hajkhan, 2017)

### Datos epidemiológicos

Con una prevalencia mundial del 23%, el dolor lumbar crónico es la condición de dolor crónico y trastorno musculoesquelético severo con mayor prevalencia en comparación a otras patologías.

El dolor lumbar crónico se asocia a elevados costes sociales y económicos, afecta de forma negativa las actividades cotidianas de las personas, su autopercepción y sus relaciones con los demás. (Rosa, 2020)

Se estima que ocho de cada diez personas sufren de lumbalgia alguna vez en su vida, estos cuadros constituyen el 70% de todos los dolores de espalda. (Movasat Hajkhan, 2017)

Lumbalgia es un síntoma muy frecuente, ocupando en algunos reportes la segunda causa de consulta en las unidades de ortopedia, es la quinta causa de hospitalizaciones y la tercera de intervenciones quirúrgicas, además se considera que afecta a 84% de las personas en algún momento de la vida. (Soto-Padilla M, 2015)

En el caso de la lumbalgia crónica, diversos estudios revelan una prevalencia de 15 a 36%. En los países desarrollados hay una epidemia de incapacidad asociada con el dolor lumbar. Por ejemplo, en Estados Unidos aproximadamente causa 10 millones de incapacidades al año, en México es la séptima causa de ausentismo laboral y 13% de la población acude a consulta por lumbalgia. (Soto-Padilla M, 2015)

En países de la región centroamericana como Nicaragua la cantidad de pacientes que sufre de dolor de espalda baja y asiste a una unidad de atención, según el mapa de riesgos y patologías presentado por el Ministerio de Salud por departamentos a finales del 2017 alcanza el 0.6% del motivo de las consultas con mayor predominio en las zonas urbanas. (Hernández, 2021)

Según el reporte de morbilidad general del Hospital de Rehabilitación del IGSS, en el año 2019 fueron atendidos 1,308 pacientes con diagnósticos relacionados con lumbago crónico, divididos de la siguiente manera: 897 con diagnóstico de lumbago no especificado, 220 con diagnóstico de lumbago con ciática y 191 con diagnóstico de trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía; representando la primera causa de morbilidad en el área de Medicina Física de dicha Unidad.

1a

## **Causas y factores de riesgo**

El dolor en la lumbalgia se puede originar en el disco intervertebral, la articulación facetaria, articulación sacroilíaca, periostio vertebral, músculos, vasos sanguíneos, fascias, huesos, nervios y/o meninges.

En un estudio sobre frecuencia de lumbalgia y su tratamiento realizado en pacientes mayores a 18 años en un hospital privado de la Ciudad de México, en las lumbalgias crónicas la etiología más frecuente fue la degenerativa (43.7%), seguida de las postraumáticas con 37.5%, postquirúrgicas con 11.6%, mecánicas con 6.2% y tumorales con 0.8%.

(Soto-Padilla M, 2015)

Partiendo del modelo biopsicosocial, si se quiere referir a factores etiológicos implicados en el dolor lumbar, se debe hacer un recorrido multifactorial considerando tanto los factores biológicos (factores estructurales o alteraciones del sistema musculoesquelético), los factores sociales (dentro de las cuales, una de las principales son las condiciones laborales desfavorables) posturas, movimientos o esfuerzos) y los factores psicológicos (estrés, ansiedad, depresión, ira y otros).

Se considera que solo entre 5 y 20% de las lumbalgias evolucionan a un dolor crónico y los factores psicológicos juegan un papel muy relevante en el mantenimiento y cronificación del dolor.

1a

Además de la persistencia de los factores que lo han originado, el dolor continúa y se cronifica por causas clave como evitar la actividad diaria y el miedo al dolor.

(Casado Morales MI, 2008)

De los posibles desencadenantes existen algunos que no son modificables, como la edad, el sexo o la genética, entre otros. Sin embargo, los factores de riesgo modificables, por su frecuencia o importancia en la vida diaria, se han considerado de mayor interés, siendo estos los que se enumeran a continuación:

### ***Factores psicosociales laborales***

Algunos de los más frecuentes son, estrés en el trabajo, altas demandas en el puesto laboral, contenido laboral pobre (con escaso poder de decisión, poco control sobre la actividad laboral y trabajo monótono), escaso apoyo por parte de los y las compañeras laborales o sus directivos así como la realización de un trabajo con mucha tensión física y emocional. (Pérez Irazusta I., 2007)

### ***Actividad física en el trabajo***

Algunos artículos han afirmado, que varias de las actividades físicas que se realizan en el desarrollo de algunos puestos de trabajo (vibración corporal, elevación de pesos y flexión o torsión del tronco) pueden ser consideradas como desencadenantes de dolor lumbar.

1a

Trabajar en posición sentada y las ocupaciones sedentarias no son factores de riesgo para desarrollar dolor lumbar aunque se consideren hábitos no saludables. (Pérez Irazusta I., 2007)

## ***Actividad deportiva***

Mientras que para algunos artículos no existe relación entre la actividad deportiva y el desarrollo de dolor lumbar, otros encuentran en el deporte, un efecto protector que disminuye la aparición de lumbalgia.

(Pérez Irazusta I., 2007)

## ***Obesidad, tabaquismo e inactividad física***

En revisiones de diversos estudios se ha encontrado que:

- Solo en hombres con Índice de Masa Corporal (IMC) >30 existe una débil asociación entre obesidad y lumbalgia.
- No hay evidencia de que el tabaco sea un factor de riesgo para el desarrollo de dolor lumbar.
- No hay evidencia concluyente sobre la inactividad física como factor de riesgo de lumbalgia.

Sin embargo, se debe seguir aconsejando evitar el sobrepeso, realizar actividad física, abandonar el consumo de tabaco, aunque estos factores no se han demostrado estar asociados con la aparición de lumbalgia. (Pérez Irazusta I., 2007)

## **Diagnóstico clínico**

La evaluación de los pacientes con lumbalgia debe incluir un interrogatorio y examen físico dirigido a orientar y establecer el diagnóstico.

El interrogatorio debe determinar aspectos relevantes como inicio del dolor, características y factores que lo aumentan y disminuyen; historia de traumatismos previos en la región dorso lumbar, factores psicosociales como el estrés en el hogar o en el trabajo; factores ergonómicos, movimientos repetidos y sobrecarga.

En la valoración se debe investigar sobre la localización e irradiación del dolor al igual que el inicio de los síntomas, tiempo de evolución, tipo de dolor, si se relaciona con los movimientos, si cede con el reposo o si las maniobras de Valsalva aumentan el compromiso radicular.

En el examen físico es de interés la apariencia física del paciente dado por las facies y conductas ante el dolor, postura y marcha.

El examen de la columna vertebral incluye la inspección, palpación, movilidad y arcos dolorosos, maniobras y pruebas especiales de estiramiento de las raíces del nervio ciático y la evaluación neurológica.

El examen físico debe incluir la valoración neurológica, el cual debe comprender la exploración de la masa, tono y fuerza muscular, la sensibilidad y los reflejos osteotendinosos en los miembros inferiores.

La correlación de estos elementos indica lesiones radicales para las raíces L4, L5 y S1. Además de solicitar al paciente caminar de puntillas y oponerse a la extensión del pie (S1); caminar de talones y oponerse a la flexión del pie (L5).

En la exploración física se hace inspección de la columna para valorar estática, asimetrías, al igual que palpación de las distintas estructuras localizadas en la zona lumbo-dorsal y sacroilíaca, valorando contracturas y puntos dolorosos. (García Sáiz, 2017)

Se valora la movilidad, considerando limitaciones y maniobras que desencadenan dolor:

- **Prueba de Schober:** Evalúa la flexión anterior o flexibilidad lumbar en el plano sagital. Se pinta una marca en la unión lumbosacra y otra situada a 10 cm en la vertical hacia arriba, y se pide al paciente que flexione el tronco y se vuelve a medir la distancia entre las marcas. Lo normal es que la distancia haya aumentado más de 4 cm.; menos de 2 cm. indica limitación definitiva (ver Anexo No. 1). (García Sáiz, 2017)
- **Prueba de la cuerda del arco de Forestier:** Evalúa la flexión lateral, para determinar si existe la presencia del espasmo muscular paravertebral. Se le pide al paciente en bipedestación, realizar una lateralización mientras se palpa la musculatura; en condiciones de normalidad debe relajarse en el costado cóncavo. Si es positiva no desaparece la contractura del lado flexionado (ver Anexo No. 2).
- **Maniobra de Fabere:** Diferencia problemas de columna lumbar, cadera y articulaciones sacroilíacas. En decúbito supino se fija la pelvis con una mano y con la otra se realiza rotación externa

de la cadera contralateral, flexionando la rodilla. Puede producir dolor en la cadera flexionada o en la articulación sacroilíaca contralateral (ver Anexo No. 3). (García Sáiz, 2017)

Se debe de realizar exploración radicular por medio de maniobras, las cuales son:

1a

- **Maniobra de Laségue:** Consiste en la elevación de la extremidad inferior flexionando la cadera con la rodilla extendida, esto con paciente acostado. Se considera positivo si al elevar la extremidad 70 grados aparece dolor agudo tipo choque eléctrico a lo largo de la cara posterior del muslo, lo que refleja afectación del nervio ciático (ver Anexo No. 4).

B

Cuando al realizar esta maniobra en la pierna contralateral se produce dolor radicular en la pierna afectada, se denomina maniobra de Laségue contralateral o cruzada, y señala una importante afectación radicular, con alta fiabilidad.

- **Laségue invertida:** Se extiende la pierna afecta con el paciente en decúbito prono. Es positiva si provoca dolor en la pierna por debajo de la rodilla y señala un importante comprimido radicular en la raíz L4 o superiores, se denomina Signo de Leri. (ver Anexo No. 5)

A

1a

Si el dolor se produce por encima de los 70° en la cara posterior del muslo y tercio superior de la pierna, es signo de distensión de los isquiotibiales, por falta de flexibilidad.

Por debajo de los 10° la raíz nerviosa no sufre prácticamente movilización. La prueba positiva tiene una alta sensibilidad (91%) pero especificidad moderada (26%) para el diagnóstico de hernia discal.<sup>45</sup> Los falsos positivos aumentan con la edad. (García Sáiz, 2017)



- **Maniobra de Bragard:** Igual al anterior, pero con dorsiflexión pasiva del pie. Valora la pérdida de fuerza o sensibilidad y reflejos osteotendinosos como el rotuliano y aquiliano. (ver Anexo No. 6) (Chavarría Solís, 2014)
- **Maniobra de Wasserman:** Paciente en decúbito ventral, se coloca la mano en la región poplíteica y se flexiona la pierna sobre el muslo, provoca dolor en la parte anterior del muslo en relación a compromiso de raíces L2, L3 y L4. (ver Anexo No. 7)
- **Maniobra de Cavazza Interno:** Consiste en presionar el primer espacio interdigital del pie, se considera positivo si el paciente refiere dolor que se irradia a nivel proximal, lo cual es sugestivo de una radiculopatía L5. (ver Anexo No. 8)
- **Maniobra de Cavazza externo:** Se hace presión en el cuarto espacio interdigital del pie, es positivo si hay dolor tipo choque eléctrico hacia la parte proximal, el cual es sugestivo de una radiculopatía S1. (ver Anexo No. 9)
- **Puntos de Valleix:** Se presiona con el dedo pulgar el recorrido del nervio ciático, iniciando en

la punta del glúteo y finalizando en la bifurcación del nervio en la fosa poplítea. Es positivo si se presenta dolor tipo choque eléctrico lo que indica afectación del nervio. (Chavarría Solís, 2014) (García Sáiz, 2017) (Garro Vargas, 2012)

## **Escalas de valoración**

Las escalas de incapacidad (Índice Oswestry y cuestionario Roland Morris) y dolor (Escala Visual Análoga –EVA–) han demostrado ampliamente su utilidad en el diagnóstico y seguimiento de la patología lumbar, siendo las mediciones más recomendadas, al encontrarse traducidas y adaptadas a diferentes idiomas y culturas. (Álvarez-Lindo B, 2012)

### ***Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry***

La escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry es un cuestionario autoaplicado, específico para dolor lumbar, que mide las limitaciones en las actividades cotidianas.

La primera pregunta hace referencia a la intensidad del dolor, precisando en las distintas opciones la respuesta a la toma de analgésicos.

Los ítems restantes, incluyen actividades básicas de la vida diaria que pueden afectarse por el dolor (cuidados personales, levantar peso, andar, estar sentado, estar de pie, dormir, actividad sexual, vida social y viajar).

Es la escala más utilizada y recomendada. Es la mejor opción para pacientes con afecciones mayores (incapacidad moderada-intensa), es decir, excluye mejor las diferencias de incapacidad funcional en los pacientes más afectados, que suelen ser los más frecuentes en las consultas especializadas para personas con afecciones del aparato locomotor.

La escala tiene 10 cuestionamientos, con 6 posibles respuestas cada una. Cada ítem se valora de 0 a 5, de menor a mayor limitación.

La puntuación total, expresada en porcentajes (de 0 a 100 %), valores altos describen mayor limitación funcional.

Entre 0-20% limitación funcional mínima; del 20 al 40% limitación moderada; del 40 al 60%, limitación intensa; del 60 al 80% con manifestaciones de discapacidad, y con puntajes arriba del 80 % para aquellos que presentan limitación funcional máxima. (Ver Anexo No. 10) (Alcántara-Bumbiedro S, 2006).

### ***Cuestionario de Roland-Morris***

El cuestionario (o escala) de Roland-Morris sirve para determinar de manera fiable el grado de incapacidad física derivado de la lumbalgia inespecífica. Se trata de un cuestionario diseñado para ser usado especialmente en clínicas de atención general.

Debe contestarlo directamente el paciente, preferiblemente solo, es decir, sin influencias de terceros ni necesidad de ayuda del personal sanitario.

Para responderlo, simplemente tiene que señalar las frases que se aplican a su caso concreto en el momento en el que está respondiendo.

Para determinar el grado de incapacidad, basta contar el número de frases señaladas por el paciente. Ese es el resultado. Los valores extremos oscilan entre 0 (ausencia de incapacidad por lumbalgia) y 24 (máxima incapacidad posible). Una incapacidad por debajo de 4 puntos es muy leve. Una variación en la puntuación solo tiene relevancia clínica si es de 2 o más puntos, aunque el punto óptimo está entre 3 y 4. (Ver Anexo No. 11) (Red Española de Investigadores en Dolencias de Espalda, 2005).

### **Signos de alarma**

Es de suma importancia en el diagnóstico de la lumbalgia, el hecho de diferenciar al 95% cuyo origen son procesos musculoesqueléticos benignos del 5% cuya lumbalgia es producida por enfermedades específicas que requieren un tratamiento rápido y certero.

La historia clínica, resulta imprescindible para descartar estos procesos potencialmente graves. Asimismo, la reevaluación periódica del paciente con lumbalgia constituye uno de los elementos clínicos de mayor importancia para realizar un adecuado diagnóstico diferencial. (Pérez Irazusta I., 2007)

**Tabla 1. Signos de alarma en lumbago crónico**

1a

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

**Fuente:** Pérez Irazusta I., Alcorta Michelena I., Aguirre Lejarcegui G., Aristegi Racero G., Caso Martínez J., Esquisabel Martínez R., López de Goicoechea Fuentes A.J., 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.

## Clasificación

Diversas Guías de práctica clínica proponen clasificar la lumbalgia según el tiempo de duración del dolor, ya que de ello dependerá el manejo.

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 periodos libres de síntomas de tres meses.

También puede clasificarse según sus síntomas y signos en lumbalgia inespecífica, mecánica/radicular y específica con signos de alarma.

Hasta un 85% de las lumbalgias son inespecíficas, es decir que hay dolor en ausencia de alguna condición concomitante. (Carpio R, 2018)

**Tabla 2. Clasificación de la lumbalgia por signos y síntomas.**

Tipo	Característica o factor de riesgo						
Lumbalgia inespecífica	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Esguince/distensión</li> <li>· Se irradia a las nalgas</li> <li>· Dolor difuso</li> <li>· No cambia con maniobras específicas</li> </ul>						
Lumbalgia mecánica / radicular	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">Hernia Discal</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Dolor se irradia debajo de la rodilla</li> <li>· Unilateral</li> <li>· Mejora al pararse</li> <li>· Empeora al sentarse</li> <li>· Mejora al reposo o al doblar rodilla que reduce tensión en nervio ciático</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Osteoartritis</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Unilateral</li> <li>· Empeora al pararse</li> <li>· Mejora al sentarse</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Estenosis espinal</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Bilateral</li> <li>· Empeora al pararse</li> <li>· Mejora al sentarse</li> </ul> </td> </tr> </table>	Hernia Discal	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dolor se irradia debajo de la rodilla</li> <li>· Unilateral</li> <li>· Mejora al pararse</li> <li>· Empeora al sentarse</li> <li>· Mejora al reposo o al doblar rodilla que reduce tensión en nervio ciático</li> </ul>	Osteoartritis	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Unilateral</li> <li>· Empeora al pararse</li> <li>· Mejora al sentarse</li> </ul>	Estenosis espinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Bilateral</li> <li>· Empeora al pararse</li> <li>· Mejora al sentarse</li> </ul>
Hernia Discal	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dolor se irradia debajo de la rodilla</li> <li>· Unilateral</li> <li>· Mejora al pararse</li> <li>· Empeora al sentarse</li> <li>· Mejora al reposo o al doblar rodilla que reduce tensión en nervio ciático</li> </ul>						
Osteoartritis	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Unilateral</li> <li>· Empeora al pararse</li> <li>· Mejora al sentarse</li> </ul>						
Estenosis espinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Bilateral</li> <li>· Empeora al pararse</li> <li>· Mejora al sentarse</li> </ul>						
Lumbalgia específica con signos de alarma	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Edad mayor a 50 años.</li> <li>· Neoplasia</li> <li>· Fractura</li> <li>· Infección / inflamación Cauda equina</li> </ul>						

Fuente: Carpio R, Goicochea-Lugo S, Chávez J, Santayana N, Collins A, Robles J, Hernández A, Piscoya A, Suárez V, Timaná-Ruiz R. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú (EsSalud). An Fac med. 2018;79(4):351-9

## Estudios de imagen

### *Radiografía de columna lumbar*

A pesar de las recomendaciones basadas en la evidencia emitida por el American College of Physicians y el American Pain Society, de realizar estudios de imágenes diagnósticas únicamente a pacientes con déficit neurológico severo y progresivo

o signos y síntomas que sugieran una condición seria o específica, una gran cantidad de pacientes con lumbalgia son sometidos a estudios de imágenes.

(Sánchez Alderete, 2018)

Se realizan con frecuencia debido a su bajo costo y disponibilidad. Son útiles para la evaluación de fracturas, deformidades óseas, sacroileitis, medir la altura del disco y cuerpo vertebral, y estimación de la densidad y arquitectura ósea.

Se realizan imágenes en proyección anteroposterior (AP) y lateral, evitando realizar imágenes en proyección oblicua debido a la mayor exposición a la radiación que estas suponen.

Se realizarán proyecciones oblicuas solo cuando se sospeche de espondilólisis, o fractura del espacio interarticular (pars interarticularis).

Otras proyecciones como las de flexión y extensión se reservan para pacientes con espondilolistesis, previo al tratamiento quirúrgico.

Las radiografías no son útiles para el diagnóstico de hernias del disco intervertebral, ni pinzamiento de las raíces nerviosas. (Sánchez Alderete, 2018)

La radiografía de columna lumbar tiene su indicación en la lumbalgia con sospecha de patología grave, como cáncer o infección, cuando en la historia clínica, los pacientes presentan signos sugestivos.

En una revisión sistemática se concluía que para pacientes con dolor lumbar y signos de alarma para

√

cáncer, la sensibilidad era 60% y la especificidad 95-99%, para infección la sensibilidad era 82% y la especificidad 57% y en la espondilitis anquilosante, la sensibilidad era 25-45% y la especificidad 100%. Esto indica que la presencia de alteraciones radiográficas confirmaría el diagnóstico de cáncer, infección o enfermedad inflamatoria; sin embargo, la ausencia de hallazgos radiológicos, obliga a realizar nuevas pruebas de imagen si la sospecha de enfermedad sistémica es alta. (Pérez Irazusta I., 2007)

## **Resonancia nuclear magnética y tomografía axial computarizada**

Las ventajas de la resonancia nuclear magnética (RNM) sobre la tomografía axial computarizada (TAC) son las siguientes: mejor visualización de tejidos blandos, médula, contenidos del canal medular y la ausencia de radiaciones ionizantes.

Sin embargo, cuando se quiere estudiar la estructura ósea, por ejemplo, en la planificación quirúrgica de las fracturas, es más útil la realización de una TAC.

La RNM es una prueba útil para el diagnóstico de procesos como cáncer o infección en pacientes con dolor lumbar y signos de alarma.

Sin embargo, la prevalencia de la prominencia y protrusión discal, la degeneración discal y la estenosis de canal lumbar en personas asintomáticas varía en algunos estudios entre el 28 al 36%. Las alteraciones observadas aumentan con la edad, pudiendo estar presentes en el 93% de los pacientes entre 60 y 80 años.

Debido a esta prevalencia tan elevada en personas asintomáticas no parece indicada la RNM en el diagnóstico de la lumbalgia cuando no existen signos de alarma. (Pérez Irazusta I., 2007)

La RM se considera apropiada ante la presencia de factores de riesgo, sospecha de lesiones tumorales, posible infección espinal o de fractura vertebral a pesar de radiografía negativa. En casos de lumbalgia con dolor de tipo inflamatorio, signos de déficit neurológico progresivo y gravedad evidente, dolor severo que progresa en su intensidad y lumbalgia subaguda o crónica con irradiación radicular y pobre respuesta al tratamiento analgésico. (Millán Ortuondo E, 2014)

TAC se considera no invasiva viene a sustituir técnicas como mielografía, venografía epidural y epidurografía. Es un estudio de alta resolución, ofrece imágenes en múltiples planos, con imágenes en 2D y 3D y detalles anatómicos de gran ayuda diagnóstica.

Asimismo se debe considerar que se trata de un estudio radiológico que expone al paciente a mayor radiación, pero está indicada cuando los pacientes son claustrofóbicos, o en aquellos con materiales metálicos o marcapasos, a los que no se les puede someter a estudios mediante imágenes de RMN.

(Sánchez Alderete, 2018)

## Tratamientos

### *Farmacológico*

El tratamiento farmacológico está indicado si se considera potencialmente útil para la implementación de terapia de rehabilitación, como la fisioterapia y la terapia psicológica, o cuando el dolor hace que el paciente pierda sus capacidades debido a dolor intenso.

Considerar siempre que el tratamiento a largo plazo conlleva un mayor riesgo de presentar efectos adversos, por lo cual debe sopesarse el riesgo-beneficio de la farmacoterapia en el lumbago crónico.

No se recomienda el uso de paracetamol como único tratamiento analgésico para el lumbago crónico ya que no disminuye significativamente el dolor comparado con el placebo y su prescripción a largo plazo conlleva el riesgo de generar lesión hepática.

(Machado GC, 2015) (Foster NE, 2018)

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) son los medicamentos más ampliamente usados para el manejo del dolor en el lumbago crónico. La magnitud de sus efectos analgésicos en estos pacientes es leve a moderada y además ayuda a mejorar levemente la funcionalidad.

El AINE de elección debe individualizarse según las necesidades y preferencias del paciente teniendo en cuenta los riesgos gastrointestinales, hepáticos y cardiorrenales que conllevan su uso. Con el propósito

1a

A

de minimizar el riesgo de los efectos secundarios no deseados, se recomienda indicar la dosis efectiva más baja y por el menor tiempo posible. (Chou R, 2017) (Foster NE, 2018)

2a

En cuanto a los relajantes musculares, se ha descrito que la ciclobenzapina (no se encuentra en el listado básico de medicamentos IGSS) puede ser apropiada en pacientes seleccionados que muestren un cuadro de espasmo muscular asociado al lumbago.

B

La dosis recomendada de ciclobenzapina es de 10 a 30 mg al día. Los mayores efectos benéficos se han observado dentro de la primera semana de uso. No es aconsejable su indicación por más de dos semanas debido a que incrementa el riesgo de efectos adversos, principalmente a nivel del sistema nervioso central. (Chou R, 2017) (García A, 2015)

1a

No se ha observado diferencia entre los antidepresivos tricíclicos (TCAs) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs) en comparación con el placebo en el alivio del dolor del lumbago crónico. Se evidencia que la duloxetina puede disminuir levemente el dolor y mejorar la funcionalidad del paciente. Su uso se asocia a un incremento de la incidencia de efectos secundarios como mareos, náusea, somnolencia, constipación y disfunción sexual. (Qaseem A, 2017)

A

## Rehabilitativo

1a

Las actuales guías recomiendan los tratamientos no farmacológicos dirigidos a los factores sociales y emocionales con enfoque en mejorar la funcionalidad del paciente, así como el diseño de programas y consejos para facilitar el retorno al ambiente laboral, las intervenciones quirúrgicas serán indicadas a un grupo específico de personas. (Foster NE, 2018) (Corp N, 2021)

A

2a

Una rutina de ejercicios progresiva, se establecerán de manera gradual, para evitar exacerbar el dolor. Se debe vigilar que el ejercicio no aumente el dolor del paciente. Se han encontrado resultados positivos con ejercicios de fuerza, resistencia, coordinación, de flexión, de extensión, (McKenzie) isocinéticos (los músculos permanecen estáticos generando tensión) y trabajo aeróbico de bajo impacto en la zona lumbar adecuándolos a las características de cada paciente. (García A, 2015)

B

1a

Los pacientes deben ser instruidos en continuar sus actividades diarias tanto como toleren. El reposo en cama no debe formar parte del tratamiento ya que no produce ningún efecto benéfico para el paciente y causa retrasos en la recuperación y el reinicio de las actividades diarias, lo que conlleva a largos periodos de ausencia laboral.

A

Se puede concluir, que el tratamiento con ejercicios orientados a la terapéutica adecuada son más eficaces, para la recuperación global del paciente en comparación con el tratamiento habitual o ningún tratamiento.

**1a**

La terapia de ejercicios combinados con medidas educativas basadas en principios de comportamiento terapéutico debe usarse como medida primaria de tratamiento en el lumbago crónico su aplicación, disminuye el dolor y logra mejorar las habilidades funcionales del paciente. Los programas de ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular tienen un mejor efecto en la reducción del dolor que los programas dirigidos a la función cardiopulmonar. (Chenot J, 2017) (Hayden J, 2019)

**A**

Deberá considerarse un programa combinado de terapia física y apoyo psicológico con enfoque cognitivo conductual en pacientes que presenten obstáculos biopsicosociales para la recuperación o cuando los tratamientos previos no han sido eficaces. (Foster NE, 2018)

**2a**

Terapias alternativas como la acupuntura está indicada como parte de la terapia para el dolor crónico lumbar, el masaje terapéutico indicado como coadyuvante, pero por sí solo, no es mejor que otros tratamientos, el uso de estimulación eléctrica transcutánea (TENS), láser de baja intensidad y los ultrasonidos también pueden considerarse en el manejo del dolor, aunque su eficacia no está plenamente demostrada (algunas de estas alternativas no están disponibles en el IGSS). (García A, 2015) (Foster NE, 2018)

**B**

## **Quirúrgico**

Las opciones de tratamiento quirúrgico, deberán considerar cuando el paciente presenta síntomas de ciática radicular sin mejoría con los tratamientos farmacológicos ni rehabilitativos y con hallazgos de signos radiológicos que correspondan a las manifestaciones clínicas.

El tratamiento quirúrgico se encuentra indicado además si se encuentran estenosis medular sintomática y herniación de disco con radiculopatía asociada, pudiendo realizar laminectomía o discectomía según sea el caso. (Foster NE, 2018) (NICE, 2020)

## **Prevención**

El origen etiológico múltiple y multifactorial, del dolor lumbar, complica el poder realizar una prevención adecuada. En aquellos casos en los que la etiología se puede determinar, la prevención consistirá en evitar todas aquellas circunstancias que puedan originar nuevos episodios. (F. Pérez Torres, 2008)

## **Clasificación de las actividades preventivas**

Las actividades preventivas de lumbalgia se pueden clasificar en:

### ***Prevención primaria***

Se basa en fomentar un programa educativo en el cual se enfatice un estilo de vida saludable, alimentación adecuada y suficiente así como actividad física periódica y disciplinada.

## **Prevención secundaria**

- **Soporte lumbar:** El mecanismo de acción es referido en 3 vías: como soporte para evitar la flexión que condiciona dolor, como un recordatorio para un adecuado manejo de cargas y aumenta la presión intra-abdominal con un consecuente descenso en la tensión de la columna.

Sin embargo, actualmente **no existe evidencia** para recomendar el uso de fajas lumbares o corsés para prevención de lumbalgia ya que no se ha reportado que disminuya el riesgo de lumbalgia ni el tiempo de recuperación. Únicamente se ha reportado una discreta disminución en los días de incapacidad. (Torres Gil, 2021)

- **Horas de sedestación:** algunas revisiones reportan que permanecer sentado por periodos prolongados tiene poco impacto como factor de riesgo, pero cuando se asocia a posiciones o movimientos forzados sí existe relación con episodios de lumbalgia.

Un estudio realizado en trabajadoras de oficinas de centros de llamadas con un promedio sentadas de 6 + 1.5 horas reporta una relación mayor para lumbalgia crónica e incapacidad que para lumbalgia aguda. (Torres Gil, 2021)

- **Escuelas de espalda:** Mediante los planes educativos, las escuelas espalda tienen como finalidad reducir el riesgo de nuevos episodios de lumbalgia al incrementar de forma educativa

el conocimiento del paciente, en ellas se pueden lograr resultados en cuanto al cambio de estilo de vida de la persona, por ejemplo en la técnica adecuada para levantar o desplazar objetos.

Una revisión sistemática reportó efectividad de las escuelas de espalda con disminución en la intensidad de dolor así como mejorando la función y el retorno al ambiente laboral. (Torres Gil, 2021)

- **Uso de calzado con tacón:** El uso de tacones induce cambios en la cinética y cinemática normal del caminar por lo que puede estar relacionado a lumbalgia.

Algunas guías recomiendan no usar calzado con tacón con una altura no mayor a 5cm, otras refieren una altura menor de 2.5cm inclusive una altura o mayor a 1.5 cm.

En términos generales se recomienda una altura de tacón de 2 cm para prevenir alteración de la lordosis lumbar. (Torres Gil, 2021)

- **Actividad física:** Si bien algunas publicaciones no reportan una asociación directa en la inactividad física y lumbago, se ha reconocido que la actividad física es un factor importante en la prevención y el tratamiento de la lumbalgia.

La falta de actividad física genera pérdida de coordinación y potencia muscular, consecuentemente se presenta atrofia muscular.

En los casos de lumbalgia crónica, estos factores constituyen un círculo vicioso (poco ejercicio → incoordinación y pérdida de potencia → atrofia muscular) y dificultan la recuperación espontánea; al contrario, las recomendaciones enfocadas en mantener y mejorar la actividad física implican una reducción en el tiempo de la incapacidad laboral en pacientes con lumbalgia subaguda inespecífica; en estos casos, el ejercicio resulta ser un método eficaz y la combinación de este, con una terapia conductual, ha demostrado ser beneficiosa en la recuperación del paciente.

(Hernández G. A., 2017)

- **El diseño ergonómico:** El diseño ergonómico de los espacios de trabajo, es necesario para prevenir tanto la incidencia como la recurrencia de cuadros de lumbago crónico relacionado principalmente a los factores mecano posturales; por lo que hay que reconocer la importancia de la ergonomía, el apoyo de los responsables del bienestar en el ambiente laboral y la orientación a la ejecución de sus estrategias que permitan a los trabajadores en el conocimiento y cambio de su propio lugar de trabajo. (Martínez Gil, 2017)

## 5. Anexos

### Anexo 1. Prueba de Schober



**Fuente:** Grupo de desarrollo.

### Anexo 2. Prueba de la cuerda del arco de Forestier.



**Fuente:** Grupo de desarrollo.

### Anexo 3. Maniobra de Fabere



Fuente: Grupo de desarrollo.

### Anexo 4. Maniobra de Laségue



Fuente: Grupo de desarrollo.

## Anexo 5. Maniobra de Laségue Invertida



Fuente: Grupo de desarrollo.

## Anexo 6. Maniobra de Bragard



Fuente: Grupo de desarrollo.

## Anexo 7. Maniobra de Wasserman



Fuente: Grupo de desarrollo.

## Anexo 8. Cavazza Interno



Fuente: Grupo de desarrollo.

## Anexo 9. Cavazza Externo



**Fuente:** Grupo de desarrollo.

## **Anexo 10. Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry**

**Por favor lea atentamente:** Estas preguntas han sido diseñadas para que su médico conozca hasta qué punto su dolor de espalda le afecta en su vida diaria. Responda a todas las preguntas, señalando en cada una solo aquella respuesta que más se aproxime a su caso. Aunque usted piense que más de una respuesta se puede aplicar a su caso, marque solo aquella que describa MEJOR su problema.

---

### **1. Intensidad de dolor**

0. Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
  1. El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes
  2. Los calmantes me alivian completamente el dolor
  3. Los calmantes me alivian un poco el dolor
  4. Los calmantes apenas me alivian el dolor
  5. Los calmantes no me quitan el dolor y no los tomo
- 

### **2. Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.)**

0. Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor
1. Me las puedo arreglar solo pero esto me aumenta el dolor
2. Lavarme, vestirme, etc., me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado
3. Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo
4. Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas
5. No puedo vestirme, me cuesta lavarme, y suelo quedarme en la cama

### **3. Levantar peso**

0. Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
  1. Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor
  2. El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa)
  3. El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo
  4. Solo puedo levantar objetos muy ligeros
  5. No puedo levantar ni elevar ningún objeto
- 

### **4. Andar**

0. El dolor no me impide andar
  1. El dolor me impide andar más de un kilómetro
  2. El dolor me impide andar más de 500 metros
  3. El dolor me impide andar más de 250 metros
  4. Solo puedo andar con bastón o muletas
  5. Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño
- 

### **5. Estar sentado**

0. Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
1. Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera

2. El dolor me impide estar sentado más de una hora
  3. El dolor me impide estar sentado más de media hora
  4. El dolor me impide estar sentado más de diez minutos
  5. El dolor me impide estar sentado
- 

## **6. Estar de pie**

0. Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
  1. Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor
  2. El dolor me impide estar de pie más de una hora
  3. El dolor me impide estar de pie más de media hora
  4. El dolor me impide estar de pie más de diez minutos
  5. El dolor me impide estar de pie
- 

## **7. Dormir**

0. El dolor no me impide dormir bien
  1. Solo puedo dormir si tomo pastillas
  2. Incluso tomando pastillas duermo menos de seis horas
  3. Incluso tomando pastillas duermo menos de cuatro horas
  4. Incluso tomando pastillas duermo menos de dos horas
  5. El dolor me impide totalmente dormir
- 

## **8. Actividad sexual**

0. Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor
1. Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor

2. Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor
  3. Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor
  4. Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor
  5. El dolor me impide todo tipo de actividad sexual
- 

## **9. Vida social**

0. Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor
  1. Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor
  2. El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas, como bailar, etc.
  3. El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo
  4. El dolor ha limitado mi vida social al hogar
  5. No tengo vida social a causa del dolor
- 

## **10. Viajar**

0. Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor
  1. Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor
  2. El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de dos horas
  3. El dolor me limita a viajes de menos de una hora
  4. El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora
  5. El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital
- 

**Fuente:** Alcántara-Bumbiedro S, F.-G. M.-P.-P. (2006). Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. Rehabilitación, 150-158.

### **Anexo 11. Escala de Roland – Morris**

Cuando le duele la espalda, puede que le sea difícil hacer algunas de las cosas que habitualmente hace. Esta lista contiene algunas de las frases que la gente usa para explicar cómo se encuentra cuando le duele la espalda (o los riñones). Cuando las lea, puede que encuentre algunas que describan su estado de *hoy*. Cuando lea la lista, piense en cómo se encuentra usted *hoy*. Cuando lea usted una frase que describa cómo se siente hoy, póngale una señal. Si la frase no describe su estado de hoy, pase a la siguiente frase. Recuerde, tan solo señale la frase si está seguro de que describe cómo se encuentra usted hoy.

1. Me quedo en casa la mayor parte del tiempo por mi dolor de espalda.
2. Cambio de postura con frecuencia para intentar aliviar la espalda.
3. Debido a mi espalda, camino más lentamente de lo normal.
4. Debido a mi espalda, no puedo hacer ninguna de las faenas que habitualmente hago en casa.
5. Por mi espalda, uso los pasamanos para subir escaleras.
6. A causa de mi espalda, debo acostarme más a menudo para descansar.
7. Debido a mi espalda, necesito agarrarme a algo para levantarme de los sillones o sofás.
8. Por culpa de mi espalda, pido a los demás que me hagan las cosas.
9. Me visto más lentamente de lo normal a causa de mi espalda.
10. A causa de mi espalda, solo me quedo de pie durante cortos períodos de tiempo.
11. A causa de mi espalda, procuro evitar inclinarme o arrodillarme.
12. Me cuesta levantarme de una silla por culpa de mi espalda.

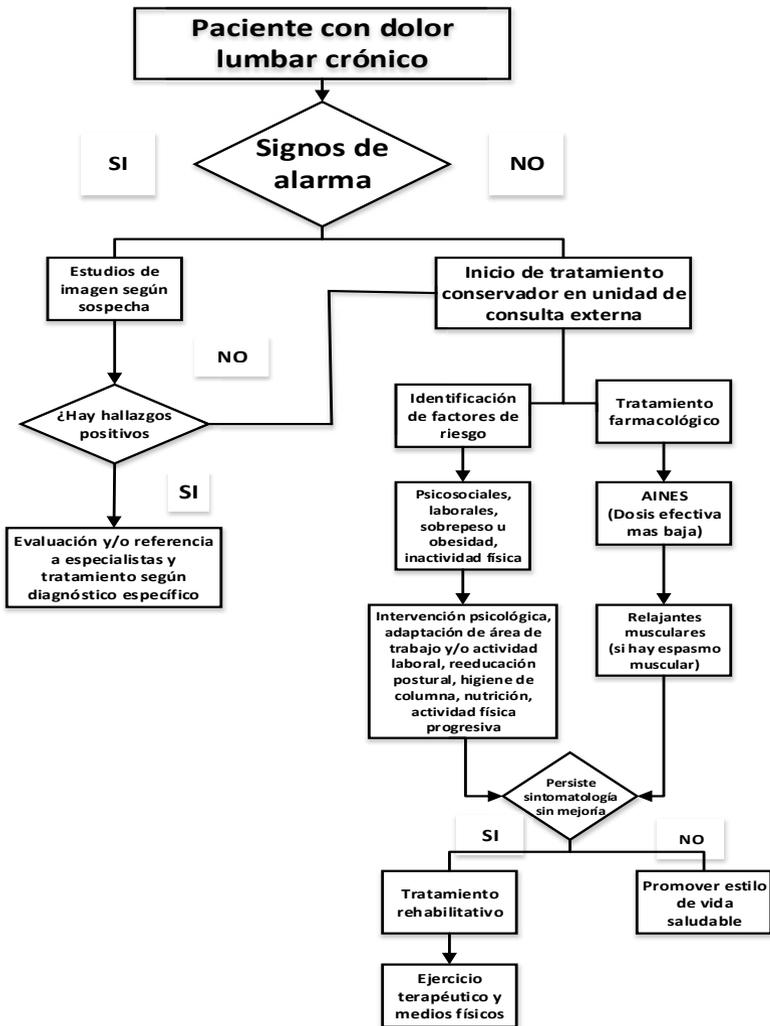
13. Me duele la espalda casi siempre.
14. Me cuesta darme la vuelta en la cama por culpa de mi espalda.
15. Debido a mi dolor de espalda, no tengo mucho apetito.
16. Me cuesta ponerme los calcetines - o medias - por mi dolor de espalda.
17. Debido a mi dolor de espalda, tan solo ando distancias cortas.
18. Duermo peor debido a mi espalda.
19. Por mi dolor de espalda, deben ayudarme a vestirme.
20. Estoy casi todo el día sentado a causa de mi espalda.
21. Evito hacer trabajos pesados en casa, por culpa de mi espalda.
22. Por mi dolor de espalda, estoy más irritable y de peor humor de lo normal.
23. A causa de mi espalda, subo las escaleras más lentamente de lo normal.
24. Me quedo casi constantemente en la cama por mi espalda.

---

**Fuente:** Red Española de Investigadores en Dolencias de Espalda. (2005). El uso del cuestionario de Roland - Morris en los pacientes con lumbalgia asistidos en Atención Primaria. SEMERGEN, 333-335.

© Fundación Kovacs. La utilización de la versión española de la escala de Roland-Morris es libre para su uso clínico. No obstante, debe indicar que su copyright pertenece a la Fundación Kovacs y para cualquier otro fin debe citar la referencia de su publicación (Kovacs FM, Llobera J, Gil del Real MT, Abraira V, Gestoso M, Fernández C and the Kovacs-Atención Primaria Group. Validation of the Spanish version of the Roland Morris Questionnaire. Spine 2002;27:538-542)

## Anexo 12. Algoritmo de manejo y referencia de pacientes con lumbago crónico



Fuente: Grupo de desarrollo

## 6. Glosario

**Aracnoiditis:** inflamación crónica de la capa aracnoides de las meninges.

**Articulación facetaria:** articulaciones o conexiones entre las vértebras en la columna.

**Discectomía:** extracción quirúrgica de la parte dañada de una hernia de disco en la columna vertebral.

**Ejercicios isocinéticos:** ejercicios en los que se aplica una velocidad constante para obtener una contracción muscular máxima durante el movimiento.

**Espondilitis anquilosante:** artropatía seronegativa caracterizada por inflamación crónica del esqueleto axial, dolor referido a la columna vertebral de tipo inflamatorio y rigidez progresiva.

**Espondilólisis:** fractura de una parte de la vértebra llamada istmo o porción interarticular.

**Espondilolistesis:** deslizamiento anterior de vértebra superior sobre la vértebra inferior.

**Estimulación eléctrica transcutánea:** técnica de electroterapia que proporciona corriente eléctrica a través de unos electrodos colocados sobre la superficie de la piel con fines analgésicos.

**Fundación Kovacs:** institución científica sin ánimo de lucro dedicada a ayudar al Sistema Nacional de Salud (España) a mejorar su efectividad y eficiencia,

especializada en el campo de las dolencias del cuello y la espalda.

**Hernia discal:** salida del contenido discal dentro del canal raquídeo o del agujero de conjunción.

**Inyecciones intratecales:** administración de fármacos directamente en el espacio que rodea la médula espinal.

**Laminectomía:** extracción de la lámina de la vértebra que cubre el conducto vertebral.

**Osteoartritis:** enfermedad degenerativa que se caracteriza por el desgaste del cartílago articular.

**Radiculopatía:** lesión, compresión o inflamación del nervio espinal.

**Signos de alarma:** dolor lumbar que se irradia a uno o ambos miembros inferiores, adormecimiento o pérdida de la fuerza muscular, dolor intenso que no disminuye, pérdida del control de la micción o defecación, pérdida de peso inexplicable.

**Síndrome miofascial:** trastorno de dolor crónico por contracción repetitiva de un músculo que consta de una banda tensa y aumentada, identificable por palpación y en donde se encuentra un punto gatillo con dolor referido a distancia.

## 7 . Referencias bibliográficas

- Alcántara-Bumbiedro S, F.-G. M.-P.-P. (2006). Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación*, 150-158.
- Álvarez-Lindo B, L.-d.-I.-Q. M. (2012). Escalas de Dolor e Incapacidad y Test para medir el Rango de Movimiento en Lumbalgias. *European Journal of Osteopathy & Related Clinical Research*, 113-121.
- Carpio R, G.-L. S.-R. (2018). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú. Perú.
- Casado Morales MI, M. Q. (2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y Salud*, 379-392.
- Chavarría Solís, J. (2014). Lumbalgia: causas, diagnóstico y manejo. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI*, 447-454.
- Chenot J, G. B. (2017). Non-specific low back pain. *Dtsch Arztebl Int (Alemania)*, 883-90.
- Chou R, D. R. (2017). Systemic pharmacologic therapies for low back pain: A systematic review for an American College of physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med*, 480-92.
- Corp N, M. G.-J. (2021). Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain

- across Europe: A systematic review of guidelines. *Eur J Pain*, 275-295.
- Excellence., N. I. (2020). Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. . Reino Unido. : NICE.
- F. Pérez Torres, C. N.-C. (2008). Lumbalgia. En J. R. Castellano Cuesta, *Enfermedades Reumáticas* (págs. 403-419). Valencia, España: Sociedad Valenciana de Reumatología.
- Foster NE, A. J. (2018). Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*, 2368-83.
- García A, M. N. (2015). Clinical approach to chronic lumbarpain:Asystematicreviewofrecommendations included in existing practice guidelines. *An Sist Sanit Navar*, 117-30.
- García Sáiz, I. (2017). Estudio de la neuropatía periférica mediante el test cuantitativo sensorial en pacientes con radiculopatía secundaria a hernia discal lumbar. Valladolid, España: Escuela de Doctorado Universidad de Valladolid.
- Garro Vargas, K. (2012). Lumbalgias. *Medicina Legal de Costa Rica*, 103-109.
- Hayden J, W. M. (2019). Exercise treatment effect modifiers in persistent low back pain: an individual participant data meta-analysis of 3514 participants from 27 randomised controlled trials. *Br J Sports Me*, 1-16.

Hernández, E. J. (2021). *Manejo quirúrgico de la espondilolistesis lumbosacra en pacientes del servicio de ortopedia y traumatología del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes*. Managua, Nicaragua : Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Hernández, G. A. (2017). Ejercicio físico como tratamiento en el manejo de lumbalgia. *Revista Salud Pública*, 123-128.

Machado GC, M. C. (2015). Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: Systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials. *BMJ*, 1-13.

Martínez Gil, J. A. (2017). Lumbalgia mecanopostural en actividades laborales, una caracterización de programas preventivos. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*, 207-2016.

Millán Ortuondo E, C. Z. (2014). Indicaciones de la resonancia magnética en la lumbalgia de adultos. *Revista de Calidad Asistencial*, 51-57.

Movsat Hajkhan, A. (2017). Protocolo diagnóstico del dolor lumbar mecánico. Madrid, España: Departamento de Medicina y Especialidades Médicas. Universidad de Alcalá de Henares.

NICE. (2020). Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. Reino Unido.

- Pérez Irazusta I., A. M. (2007). Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia. Vitoria-Gasteiz, País Vasco, España.
- Qaseem A, W. T. (2017). Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. . *Ann Intern Med*, 514-30.
- Red Española de Investigadores en Dolencias de Espalda. (2005). El uso del cuestionario de Roland - Morris en los pacientes con lumbalgia asistidos en Atención Primaria. *SEMERGEN*, 333-335.
- Rosa, M. E. (2020). *Estudio de los Factores Psicosociales del Dolor Lumbar Crónico en la Población*. Barcelona, España: Universidad Oberta de Catalunya.
- Sánchez Alderete, A. (2018). Cambios degenerativos tipo Modic en pacientes con lumbalgia crónica inespecífica estudiados mediante imágenes por resonancia magnética en Clínica Abreu, período Mayo - Octubre 2015. República Dominicana: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.
- Soto-Padilla M, E.-M. R.-G.-G. (2015). Frecuencia de lumbalgia y su tratamiento en un hospital privado de la Ciudad de México. *Acta Ortopédica Mexicana*, 40-45.
- Torres Gil, V. H. (2021). *Construcción y validación de un instrumento para medir nivel de información sobre la prevención de lumbalgia en derechohabientes de 20 a 59 años*. San Luis Potosí, México.



Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

7a. avenida 22-72 zona 1  
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala  
Guatemala, Centroamérica  
PBX: 2412-1224  
[www.igssgt.org](http://www.igssgt.org)



ISBN: 978-9929-795-25-9



9 789929 795259