

# LUMBALGIAS

Evaluar con criterio. Reconocer alarmas. Recuperar la función.



## 1. Clasifica el patrón

Lumbar axial, dolor radicular, claudicación o causa específica. El dolor no equivale automáticamente a daño estructural.

## 2. Descarta urgencias

Cauda equina, déficit progresivo, infección, fractura inestable y compresión neoplásica requieren otro circuito.

## 3. Trata a la persona, no solo a la imagen

Guías OMS 2023, VA/DoD 2022, NICE con cambios de 2026, ACR 2021 y consensos/revisiones de 2024-2025. Años y enlaces al final.

Adultos. Material educativo para valoración supervisada. Portada: escena fotográfica generada. Atlas y maniobras: imágenes aportadas por el autor del proyecto; fuente original no consignada. Actualización visual: 12 de octubre de 2026.

# 01 | Clasificar antes de tratar

La lumbalgia es un síntoma; los cortes de duración varían entre guías.

| Según duración               | Según presentación        | Pista orientadora                                                                 |
|------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Aguda: <6 semanas            | Axial / inespecífica      | Zona lumbar ± glúteo; sin déficit radicular objetivo.                             |
| Subaguda: 6-12 semanas       | Radicular / radiculopatía | Dolor en pierna; radiculopatía implica disfunción sensitiva o motora de una raíz. |
| Crónica: >12 semanas         | Claudicación neurogénica  | Piernas al caminar o estar de pie; suele aliviar con sedestación/flexión.         |
| Recurrente: nuevos episodios | Específica / referida     | Fractura, infección, tumor, inflamación o causa extravertebral.                   |

## No confundas mecanismo con diagnóstico

“Mecánica” describe relación con carga o movimiento. No demuestra hernia, lesión muscular ni dolor facetario. Los hallazgos degenerativos pueden ser incidentales.

### Dolor primario crónico

Dolor persistente o recurrente >3 meses no atribuible de forma fiable a una enfermedad o lesión estructural específica. El abordaje es biopsicosocial. [2]

### Dolor secundario

La enfermedad identificable dirige el manejo. No aplicar una pauta de ejercicio o analgesia como sustituto del estudio de una causa grave.

## Mapa mental

PELIGRO → PATRÓN CLÍNICO → FUNCIÓN → ESTUDIOS SELECTIVOS → MANEJO → REEVALUACIÓN

[1] Zhou et al., 2024. [2] OMS, 2023. [3] WFNS, recomendaciones 2023 / papers 2024.

# 02 | Datos de alarma

Valora conjuntos de hallazgos y contexto; una bandera aislada no confirma enfermedad.

## EMERGENCIA: cauda equina o déficit motor progresivo

Retención urinaria nueva, alteración de la sensación al orinar, anestesia perineal, disfunción intestinal/sexual nueva o debilidad bilateral/progresiva. Derivar de inmediato para RM y valoración de columna. No esperar a que aparezca incontinencia. [5]

| Sospecha                   | Hallazgos que aumentan preocupación                                                              | Acción                                             |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Infección                  | Fiebre, inmunosupresión, drogas IV, bacteriemia o procedimiento reciente. Puede no haber fiebre. | Evaluación urgente; RM y estudios dirigidos.       |
| Fractura                   | Traumatismo; osteoporosis; corticoides prolongados; dolor focal de inicio brusco.                | Imagen dirigida; valorar estabilidad y neurología. |
| Cáncer / compresión        | Cáncer previo, dolor progresivo persistente, pérdida de peso; déficit o esfínteres.              | Si signos neurológicos: emergencia oncológica. [6] |
| Origen visceral / vascular | Dolor abdominal o de flanco, síncope, hipotensión, síntomas urinarios o pélvicos.                | Abandonar el circuito de “lumbalgia simple”.       |

## Dos errores peligrosos

No descartar cauda equina por tono anal normal, prueba aislada negativa o residuo posmiccional bajo. No atribuir síntomas nuevos a una hernia antigua sin reevaluar. [5]

[4] VA/DoD, 2022. [5] WFNS cauda equina, 2024. [6] NICE NG234, 2023.

# Fuentes | 1 de 4

Bibliografía médica y guías clínicas. Enlaces activos para consultar los originales.

## [1] 2024

Zhou T et al. Revisión de guías de práctica clínica recientes para el manejo de la lumbalgia. Artículo médico; consultar título completo y datos editoriales en el enlace.

[Consultar fuente original](#)

## [2] 2023

OMS. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings.

[Consultar fuente original](#)

## [3] 2023 / 2024

WFNS Spine Committee. Lower Back Pain and Lumbar Disc Herniation Recommendations. Consenso 2023; artículos asociados publicados en 2024.

[Consultar fuente original](#)

## [4] 2022

VA/DoD. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain.

[Consultar fuente original](#)

## [5] 2024

Vaishya S et al. Cauda equina, conus medullaris and syndromes mimicking sciatic pain: WFNS spine committee recommendations. World Neurosurgery: X. 22:100274.

[Consultar fuente original](#)

## [6] 2023

NICE NG234. Spinal metastases and metastatic spinal cord compression.

[Consultar fuente original](#)

# Fuentes | 2 de 4

Bibliografía médica y guías clínicas. Enlaces activos para consultar los originales.

## [7] 2022

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Low Back Pain Clinical Care Standard.

[Consultar fuente original](#)

## [8] 2025 (online 2024)

Bateman EA, Fortin CD, Guo M. Musculoskeletal mimics of lumbosacral radiculopathy. Muscle Nerve. 71:816-832. doi:10.1002/mus.28106.

[Consultar fuente original](#)

## [9] 2024

Yaman O et al. The role of conservative treatment in lumbar disc herniations: WFNS spine committee recommendations. World Neurosurgery: X.

[Consultar fuente original](#)

## [10] 2017

NICE NG65. Spondyloarthritis in over 16s: diagnosis and management. Guía diagnóstica; complementada por actualización terapéutica ASAS-EULAR.

[Consultar fuente original](#)

## [11] 2022 / 2023

Ramiro S et al. ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update. Ann Rheum Dis. 2023;82:19-34.

[Consultar fuente original](#)

## [12] 2025

Placide R et al. Evaluation and Management of Pyogenic Spondylodiscitis: A Review.

[Consultar fuente original](#)

# Fuentes | 3 de 4

Bibliografía médica y guías clínicas. Enlaces activos para consultar los originales.

## [13] 2021

Hutchins TA et al. ACR Appropriateness Criteria: Low Back Pain, 2021 Update. J Am Coll Radiol. 18:S361-S379. doi:10.1016/j.jacr.2021.08.002.

[Consultar fuente original](#)

## [14] 2015

Berbari EF et al. IDSA Clinical Practice Guidelines for Native Vertebral Osteomyelitis in Adults. Clin Infect Dis. 61:e26-e46. Documento base, complementado con revisión de 2025.

[Consultar fuente original](#)

## [15] 2016 / 2020 / 2026

NICE NG59. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. Farmacología revisada en 2020; cambios adicionales en julio de 2026.

[Consultar fuente original](#)

## [16] 2021

George SZ et al. Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021. JOSPT. doi:10.2519/jospt.2021.0304.

[Consultar fuente original](#)

## [17] 2026

NICE. NG59 update information / July 2026 exceptional surveillance: retirada de recomendaciones psicológicas.

[Consultar fuente original](#)

## [18] 2025

Busse JW et al. Commonly used interventional procedures for non-cancer chronic spine pain: a clinical practice guideline. BMJ. 388:e079970.

[Consultar fuente original](#)

# Fuentes | 4 de 4

Bibliografía médica y guías clínicas. Enlaces activos para consultar los originales.

## [19] 2024

NOGG. Clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. Actualización diciembre de 2024. Sección 8: fracturas vertebrales osteoporóticas sintomáticas.

[Consultar fuente original](#)

## [20] 2021 / correcciones 2022

Pesonen J et al. Extending the straight leg raise test for improved clinical evaluation of sciatica: validity and diagnostic performance with reference to MRI. BMC Musculoskelet Disord. 22:808. Fotos figs. 1-2 y RM fig. 3. CC BY 4.0.

[Consultar fuente original](#)

## [21] 2023 (online 2022)

Sollmann N et al. Magnetic Resonance Imaging of the Lumbar Spine: Recommendations for Acquisition and Image Evaluation from the BACPAC Spine Imaging Working Group. Pain Med. 24(Suppl 1):S81-S94. Figs. 3 y 6. CC BY 4.0.

[Consultar fuente original](#)

## [22] 2024

Miao KH et al. Radiological Diagnosis and Advances in Imaging of Vertebral Compression Fractures. J Imaging. 10:244. doi:10.3390/jimaging10100244. Figs. 4 y 6. CC BY 4.0.

[Consultar fuente original](#)

### Créditos de las imágenes

Las siete imágenes de las páginas 6-12 fueron aportadas por el autor del proyecto. Se distinguen esquemas educativos y radiografía; su fuente original y licencia no fueron consignadas. Las referencias médicas sustentan el texto clínico y no se atribuyen como origen de estos reemplazos. Portada: fotografía generada, no paciente real.

Actualización de imágenes: 12 de octubre de 2026.

### TU PRÓXIMO REPASO

# Guía para lumbalgias

Guía visual del dolor lumbar con causas, datos de alarma, exploración física, estudios indicados y tratamiento según el contexto clínico.

3 páginas de contenido en esta muestra. La guía completa contiene 21 páginas.

### LO QUE ENCONTRARÁS EN LA VERSIÓN COMPLETA

- Presentaciones clínicas y causas del dolor lumbar
- Datos de alarma y atención urgente
- Interrogatorio, exploración neurológica y maniobras
- Hernia, estenosis, fractura, infección y neoplasia
- Estudios complementarios, tratamiento y reevaluación

**Precio individual: \$160 MXN**

**Leer versión completa**

Abre la ficha de la guía para preparar tu compra. Las promociones vigentes se aplican en el carrito.