

Lumbalgia aguda y crónica: enfoque práctico para el médico de primer contacto

Acute and chronic low back pain: a practical approach for the primary care physician

ALAIN SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ

Servicio de Medicina Interna, Centro Médico ABC, Ciudad de México, México

RESUMEN

El dolor lumbar es una de las principales causas de consulta médica en todo el mundo y representa una carga asistencial significativa para los sistemas de salud. En el primer nivel de atención, el dolor lumbar suele abordarse mediante una clasificación funcional, y la mayoría de los pacientes presentan lumbalgia inespecífica sin datos de gravedad. A pesar de la alta frecuencia con que se solicitan estudios de imagen, la evidencia actual demuestra que su uso sistemático en pacientes con dolor lumbar inespecífico no mejora los desenlaces clínicos y puede incrementar los costos y favorecer la realización de intervenciones innecesarias. Es prioritario un abordaje dirigido hacia la presencia de signos de alarma. La resonancia magnética está indicada principalmente en presencia de déficit neurológico grave o progresivo, sospecha de síndrome de cauda equina, infección, fractura, neoplasia o patología inflamatoria. Asimismo, la lumbalgia aguda suele responder a paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos e inhibidores de la ciclooxigenasa 2 como el celecoxib, y en casos seleccionados opiáceos. En pacientes con lumbalgia de más de 6 semanas de evolución se sugiere un enfoque multimodal. En casos con características neuropáticas predominantes pueden considerarse fármacos como pregabalina o antidepresivos tricíclicos como amitriptilina, además de terapia física y promoción del retorno a las actividades habituales. En casos refractarios se sugiere referir al paciente, en especial cuando se considera una intervención quirúrgica o un procedimiento invasivo.

Palabras clave: Lumbalgia. Dolor lumbar. Imagenología. Resonancia magnética. Guías clínicas. Medicina basada en la evidencia.

ABSTRACT

Low back pain is one of the leading causes of seeking for medical help worldwide and represents a significant burden for healthcare systems. In primary care settings, low back pain can be characterized according to a functional classification, rather than anatomical, and most patients present with nonspecific low back pain without features of severity. Still, many patients undergo unnecessary imaging studies, while current evidence demonstrates that their routine use in patients with nonspecific low back pain does not improve clinical outcomes and may increase costs and unnecessary interventions. A targeted approach focused on the identification of red flags is essential. Magnetic resonance imaging is primarily indicated in the presence of severe or progressive neurological deficits, suspected cauda equina syndrome, infection, fracture, malignancy, or inflammatory back pain. In acute low back pain cases, treatment includes acetaminophen, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, and cyclooxygenase-2 inhibitors such as celecoxib, and in selected cases opioids. Those patients with low back pain persisting for more than six weeks, a multimodal strategy is suggested, including the use of anticonvulsants such as pregabalin or antidepressants such as amitriptyline and physical therapy and encouraging the return to routine activities. In refractory cases, referral to a specialist is suggested, particularly when surgical intervention or invasive procedures are being considered.

Keywords: Low back pain. Spinal imaging. Magnetic resonance imaging. Clinical guidelines. Evidence-based medicine.

Correspondencia:

Alain Sánchez-Rodríguez

E-mail: sanchezrodriguez.alain@gmail.com

Recibido: 06-05-2026

Aceptado: 20-05-2026

DOI: 10.24875/DOL.M26000041

Disponible en internet: 08-10-2026

DOLOR. 2026;41(3):61-67

www.dolor.es

INTRODUCCIÓN

La lumbalgia es uno de los motivos de consulta más frecuentes en el primer nivel de atención, en servicios de urgencias y en medicina laboral. Representa una causa significativa de incapacidad temporal y de consumo de recursos diagnósticos. Sin embargo, la mayoría de los episodios corresponden a dolor mecánico inespecífico, autolimitado y de buen pronóstico¹.

El papel del médico de primer contacto es determinante. En esta etapa se definen tres aspectos fundamentales:

- Identificar oportunamente patología potencialmente grave.
- Evitar estudios innecesarios en cuadros autolimitados.
- Detectar características de dolor inflamatorio que requieran referencia temprana.

Un abordaje clínico estructurado permite disminuir los costos, reducir la medicalización innecesaria y disminuir el riesgo de cronificación y discapacidad².

CLASIFICACIÓN PRÁCTICA PARA LA TOMA DE DECISIONES INICIAL

En el primer contacto es importante realizar una anamnesis completa y caracterizar la semiología del dolor, incluyendo el tiempo de evolución, la frecuencia y la intensidad del dolor, si hay irradiación y la presencia de características neuropáticas. En primer lugar, se sugiere clasificar el dolor de acuerdo con sus elementos funcionales, más que anatómicos, ya que más del 80% corresponderá a pacientes con lumbalgia mecánica inespecífica, mientras que el 20% restante podría requerir un abordaje dirigido. La clasificación propuesta según este razonamiento sería:

- Dolor lumbar no complicado (no irradiado, sin daño estructural mayor).
- Dolor radicular no complicado.
- Disfunción neurológica mayor.
- Lumbalgia mecánica con daño estructural mayor (fractura o inestabilidad).
- Infección o neoplasia¹.

EVALUACIÓN INICIAL: INTERROGATORIO DIRIGIDO A LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

La evaluación del paciente con dolor lumbar debe comenzar con un interrogatorio orientado a estrati-

ficar el riesgo clínico. El objetivo primordial no es identificar de entrada la estructura anatómica causante del dolor, sino determinar si el paciente presenta datos de alarma que obliguen a un estudio urgente, si existe compromiso neurológico relevante o si el patrón clínico corresponde a una variante mecánica o inflamatoria susceptible de manejo conservador. En la práctica, el clínico debe responder tres preguntas fundamentales: ¿existen banderas rojas?, ¿hay datos de compromiso neurológico? y ¿el patrón del dolor es mecánico o inflamatorio?

Inicio y características del dolor

El análisis del inicio y del comportamiento del dolor ofrece información diagnóstica valiosa. Un dolor de aparición súbita posterior a un esfuerzo físico, un movimiento de torsión o un levantamiento de peso suele sugerir un origen mecánico, a menudo relacionado con contractura muscular, distensión ligamentaria o alteraciones discales agudas. En estos casos, el dolor tiende a exacerbarse con la actividad y a mejorar con reposo relativo, sin acompañarse de síntomas sistémicos. Por el contrario, un dolor de inicio insidioso en un paciente joven, particularmente con edad menor de 40 años, rigidez matutina prolongada más de 30 minutos, que mejora con el ejercicio, con escasa respuesta al reposo y que produce despertares nocturnos en la segunda mitad de la noche, debe hacer sospechar espondiloartritis axial, aun cuando los estudios de imagen iniciales sean normales.

La irradiación del dolor siguiendo un dermatoma bien definido, acompañado de parestesias o disestesias, orienta hacia una radiculopatía lumbar. En este contexto, el interrogatorio debe explorar debilidad focal, alteraciones sensitivas y progresión temporal de los síntomas. La presencia de radiculopatía sin déficit motor progresivo suele permitir un manejo conservador inicial, aunque con vigilancia estrecha.

Banderas rojas

La identificación de banderas rojas es el paso más importante de la evaluación inicial. La presencia de fiebre, pérdida de peso inexplicada, antecedente oncológico, inmunosupresión, trauma significativo, uso crónico de glucocorticoides, déficit motor progresivo o alteración esfinteriana obliga a ampliar el estudio diagnóstico de forma inmediata.

La fiebre y la inmunosupresión incrementan la probabilidad de infección vertebral, discitis o

absceso epidural, situaciones que requieren una resonancia magnética urgente. El antecedente de cáncer y la pérdida de peso sugieren posible infiltración metastásica, especialmente cuando el dolor es persistente, nocturno y no mecánico. El trauma significativo y el uso crónico de glucocorticoides aumentan el riesgo de fractura vertebral, incluso ante mecanismos de bajo impacto. El déficit motor progresivo o la alteración esfinteriana constituyen verdaderas urgencias neurológicas, en particular ante la sospecha de síndrome de cauda equina.

Banderas amarillas

La presencia de catastrofización, miedo al movimiento, ansiedad, depresión o incapacidad laboral prolongada incrementa el riesgo de cronificación y discapacidad persistente, por lo que estos factores deben identificarse tempranamente durante la evaluación clínica.

Compromiso neurológico

La evaluación neurológica dirigida es indispensable en todo paciente con dolor irradiado. Deben explorarse la fuerza segmentaria, la sensibilidad y los reflejos osteotendinosos. No toda radiculopatía requiere un estudio urgente; la clave radica en identificar progresión del déficit, compromiso bilateral o datos compatibles con síndrome de cauda equina, como anestesia en silla de montar o retención urinaria. En ausencia de progresión neurológica, el manejo conservador inicial es razonable.

Estratificación final del riesgo

Tras el interrogatorio y la exploración física, el paciente puede clasificarse en riesgo bajo, intermedio o alto riesgo. El grupo de bajo riesgo incluye pacientes sin banderas rojas, sin compromiso neurológico significativo y con patrón mecánico claro; estos casos pueden manejarse de forma conservadora con seguimiento programado. El riesgo intermedio comprende radiculopatías sin progresión o dolor persistente sin mejoría clara, lo que requiere una reevaluación clínica estrecha. El alto riesgo corresponde a pacientes con banderas rojas o deterioro neurológico progresivo, quienes deben ser estudiados y referidos de forma urgente.

La finalidad de esta estratificación no es atribuir de forma prematura el origen del dolor a una estructura

anatómica específica, sino identificar oportunamente patologías que pueden ser graves y evitar intervenciones innecesarias en cuadros benignos o autolimitados. En ausencia de signos de alarma, el manejo inicial debe orientarse hacia un enfoque conservador, basado en educación del paciente, movilización temprana, analgesia racional y seguimiento clínico adecuado.

DIFERENCIACIÓN ENTRE LUMBALGIA MECÁNICA O INFLAMATORIA EN EL PRIMER CONTACTO

La diferenciación entre dolor lumbar mecánico e inflamatorio es fundamental, y con frecuencia se omite en el diagnóstico temprano de las espondiloartropatías, particularmente de la espondiloartropatía axial, antes denominada espondilitis anquilosante. Esta distinción cobra especial relevancia en pacientes con síntomas subagudos o crónicos³.

La identificación clínica de lumbalgia inflamatoria puede ser difícil, pero las distintas definiciones propuestas comparten características relativamente consistentes, entre ellas una duración mayor de 3 meses y una edad de inicio antes de los 30 años⁴.

Aunque el diagnóstico y el manejo inicial de la espondiloartropatía axial exceden los objetivos de esta revisión, es fundamental que el médico de primer contacto reconozca las principales características del dolor lumbar inflamatorio, que se resumen en la tabla 1.

EXPLORACIÓN FÍSICA DIRIGIDA

En el primer contacto, la exploración debe ser breve, pero estratégica:

- Movilidad lumbar global.
- Palpación paravertebral.
- Pruebas de elevación de la pierna recta.
- Exploración neurológica (fuerza, reflejos, sensibilidad).

La presencia de debilidad motora objetiva, alteraciones de la marcha o anestesia en silla de montar obligan a una referencia urgente del paciente.

Tabla 1. Características clínicas principales del dolor lumbar, mecánico o inflamatorio

Característica	Dolor lumbar mecánico	Dolor lumbar inflamatorio
Edad de inicio típica	Cualquier edad; más frecuente > 40 años	Inicio habitual < 40 años
Forma de inicio	Súbito o posterior a esfuerzo	Insidioso
Relación con actividad	Empeora con movimiento o carga	Mejora con ejercicio
Relación con reposo	Mejora con reposo	No mejora con reposo
Rigidez matutina	Leve, < 30 minutos	Prolongada, > 30 minutos
Dolor nocturno	Poco frecuente	Frecuente; despierta en la segunda mitad de la noche
Curso	Episódico, relacionado con sobrecarga	Persistente, progresivo si no se trata
Respuesta a AINE	Variable	Buena respuesta clínica inicial
Síntomas sistémicos	Ausentes	Puede haber fatiga o manifestaciones extraarticulares
Estudios de imagen iniciales	Cambios degenerativos frecuentes	Puede haber sacroilitis en imagen avanzada
Implicación clínica	Manejo conservador en primer nivel	Requiere sospecha diagnóstica y posible referencia a reumatología

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

USO RACIONAL DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Estudios de imagen

En el abordaje del dolor lumbar es frecuente el uso indiscriminado de estudios de imagen, aunque la evidencia disponible sugiere que estos deberían reservarse para situaciones clínicas específicas en las que el resultado pueda modificar la conducta terapéutica. En pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo sin datos de alarma, la imagen temprana no tiene un impacto sobre el desenlace. No hay evidencia de que realizar estudios de imagen en las primeras semanas acelere la recuperación funcional o mejore los desenlaces clínicos, y se asocia con mayor probabilidad de intervenciones innecesarias. Por el contrario, están claramente indicados cuando existen banderas rojas que sugieren patología grave subyacente. Asimismo, se recomienda realizar pruebas de imagen en pacientes con dolor lumbar persistente que no mejora tras más de 6 semanas con tratamiento conservador. Otro escenario en el que la imagen está indicada es cuando se considera una intervención quirúrgica o un procedimiento invasivo. En casos de radiculopatía con déficit motor objetivo o deterioro neurológico progresivo, la resonancia magnética es el estudio de elección. La edad avan-

zada por sí sola ya no se considera una indicación independiente para obtener imágenes en ausencia de otros factores de riesgo.

En conjunto, las recomendaciones basadas en la evidencia enfatizan un enfoque dirigido por la probabilidad preprueba y el impacto potencial en la toma de decisiones; por ello, se recomienda no realizar estudios de imagen en pacientes con lumbalgia inespecífica sin datos de alarma⁵.

Laboratorio

Los estudios de laboratorio no forman parte del abordaje sistemático en el primer contacto; solo se realizarán ante una sospecha clínica específica.

MANEJO DE LA LUMBALGIA AGUDA EN EL PRIMER CONTACTO

Educación: intervención de mayor impacto

Explicar que la mayoría de los casos son autolimitados disminuye la ansiedad y reduce el riesgo de cronificación. Hay que evitar términos alarmistas como «columna dañada» o «disco desgastado» sin contexto.

Movilización temprana

El reposo absoluto prolongado retrasa la recuperación. Se recomienda:

- Mantener las actividades cotidianas según la tolerancia.
- Evitar la inmovilización prolongada.
- Retomar el trabajo progresivamente si es posible.

Tratamiento farmacológico inicial

El tratamiento farmacológico inicial del dolor lumbar debe individualizarse según la intensidad del dolor, el perfil de riesgo del paciente y la sospecha etiológica (mecánica o inflamatoria). En la lumbalgia mecánica inespecífica sin datos de alarma, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) constituyen la primera línea terapéutica. Entre ellos, puede utilizarse celecoxib, un inhibidor selectivo de la ciclooxigenasa 2, especialmente en pacientes con riesgo gastrointestinal. La dosis habitual es de 100 mg cada 12 horas o 200 mg una vez al día, pudiendo ajustarse hasta 200 mg cada 12 horas en casos seleccionados y por periodos cortos. Debe emplearse la dosis efectiva más baja y durante el menor tiempo posible, considerando el perfil cardiovascular y renal del paciente.

El paracetamol puede utilizarse a dosis de 500-1000 mg cada 6-8 horas (dosis máxima habitual de 3-4 g/día según el perfil de riesgo hepático) y puede considerarse cuando los AINE están contraindicados, aunque su eficacia como monoterapia en la lumbalgia aguda es limitada.

En presencia de espasmo muscular relevante pueden considerarse relajantes musculares por periodos cortos (no más de 1-2 semanas); debe evitarse su uso prolongado por el riesgo de sedación y eventos adversos.

Cuando existe dolor radicular con características neuropáticas (por ejemplo, radiculopatía con parestias o dolor irradiado) puede añadirse pregabalina, iniciando generalmente con 75 mg cada 12 horas, con posibilidad de titulación a 150 mg cada 12 horas según la respuesta y la tolerabilidad (dosis máxima habitual 300-450 mg/día en este contexto); debe ajustarse en caso de insuficiencia renal.

Los opiáceos no se utilizarán de manera sistemática; su indicación debe ser excepcional, por tiempo limitado y en dolor grave refractario.

Los glucocorticoides sistémicos no están indicados en el dolor lumbar mecánico sin evidencia de inflamación, ya que no han demostrado bene-

ficio clínico significativo y conllevan riesgos innecesarios^{6,7}.

LUMBALGIA CON RADICULOPATÍA

En ausencia de déficit motor progresivo se realizará:

- Manejo conservador inicial.
- Analgesia antiinflamatoria.
- Movilización progresiva.

La mayoría de los pacientes presenta mejoría clínica en 4-8 semanas con manejo conservador.

Deberá hacerse referencia urgente del paciente si hay:

- Déficit motor progresivo.
- Síndrome de cauda equina.

MANEJO DE LA LUMBALGIA CRÓNICA

Cuando el dolor supera las 12 semanas, el enfoque cambia.

Reevaluación diagnóstica

Antes de asumir que se trata de un dolor mecánico crónico hay que descartar:

- Espondiloartritis axial.
- Fractura vertebral por fragilidad.
- Patología estructural significativa.

Enfoque multimodal

El tratamiento debe centrarse en:

- Ejercicio terapéutico estructurado.
- Fortalecimiento de la musculatura lumbar y abdominal.
- Ejercicio aeróbico.
- Educación continua.

La adherencia es más importante que el tipo específico de ejercicio.

CUÁNDO REFERIR DESDE EL PRIMER NIVEL

Debe considerarse la referencia del paciente al segundo nivel en caso de:

- Sospecha de espondiloartropatía axial.
- Déficit neurológico progresivo.
- Sospecha de fractura, infección o neoplasia.

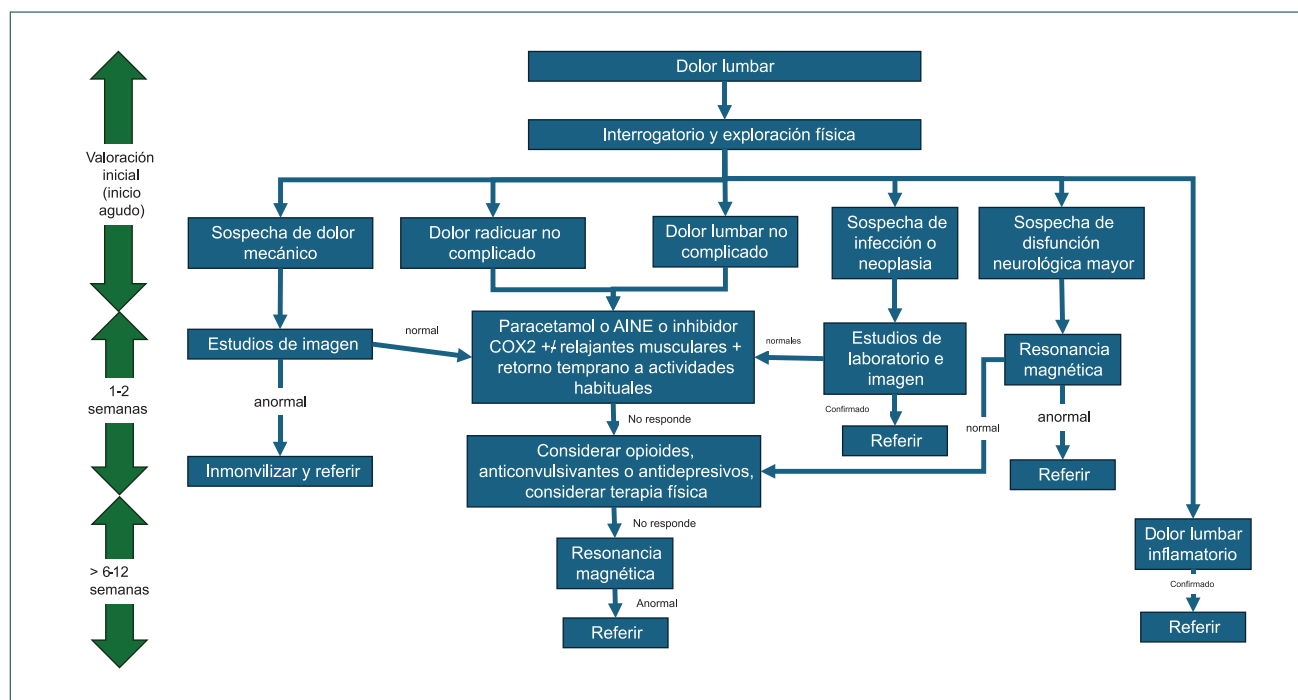


Figura 1. Algoritmo clínico para la evaluación inicial, el tratamiento y el seguimiento del paciente con dolor lumbar agudo y crónico, según la presentación clínica y la presencia de banderas rojas.

– Falta de mejoría tras un manejo adecuado.

La referencia oportuna modifica el pronóstico en la enfermedad inflamatoria.

PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LAS RECURRENCIAS

Las medidas recomendadas son:

- Actividad física regular.
- Fortalecimiento lumbar y abdominal.
- Control del peso.
- Educación postural realista.

No existen intervenciones pasivas que sustituyan el ejercicio activo. La figura 1 detalla un algoritmo clínico para el abordaje inicial y el seguimiento de la lumbalgia aguda y crónica, y de acuerdo con la presencia de banderas rojas.

CONCLUSIONES

- El primer contacto define la trayectoria clínica del paciente. Una decisión prudente evita

la cronificación, reduce los costos y mejora la calidad de vida.

- La mayoría de las lumbalgias son mecánicas y autolimitadas.
- No solicitar estudios de imagen sistemáticamente en el dolor agudo sin banderas rojas.
- Educar y movilizar temprano.
- Evitar opiáceos crónicos.
- Sospechar dolor lumbar inflamatorio en pacientes jóvenes con rigidez matutina prolongada.
- Referir oportunamente ante la sospecha de patología específica.

FINANCIACIÓN

Este manuscrito fue financiado por Viatrix Healthcare México.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener conflictos de interés relacionados con el contenido de este manuscrito.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Protección de personas y animales. El autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. El autor declara que utilizó ChatGPT para la selección del contenido temático y para la revisión y edición del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Rives PA, Douglass AB. Evaluation and treatment of low back pain in family practice. *J Am Board Fam Pract.* 2004;17(Suppl):S23-31.
2. Nieminen LK, Pyysalo LM, Kankaanpää MJ. Prognostic factors for pain chronicity in low back pain: a systematic review. *Pain Rep.* 2021;6:e919.
3. Braun J, Inman R. Clinical significance of inflammatory back pain for diagnosis and screening of patients with axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2010;69:1264-8.
4. Weisman MH. Inflammatory back pain: the United States perspective. *Rheum Dis Clin North Am.* 2012;38:501-12.
5. Wáng YXJ, Wu AM, Ruiz Santiago F, Nogueira-Barbosa MH. Informed appropriate imaging for low back pain management: a narrative review. *J Orthop Translat.* 2018;15:21-34.
6. Zhou T, Salman D, McGregor AH. Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison. *BMC Musculoskelet Disord.* 2024;25:344.
7. Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S. Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *Spine J.* 2010;10:514-29.