

Manejo integral de la lumbalgia en el servicio de emergencias: una revisión sistemática

Comprehensive management of low back pain in the emergency
department: a systematic review

Ximena María Hernández Peña

ximena.her@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-2162-6380>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Tomás Antonio Gazel Reuben

tomasgazelr@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-8948-7448>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Erik Stammes Sancho

erikstammes@live.com
<https://orcid.org/0009-0003-8288-6166>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Jorge Medina Barrios

jorgemb087@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0007-4857-9057>
Universidad de Ciencias Médicas
Limón – Costa Rica

Claudia Medrano Brenes

claudiamedranob19@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-7422-8544>
Universidad de Iberoamérica
San José – Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5563>

Artículo recibido: 14 de noviembre de 2025.
Aceptado para publicación: 21 de marzo de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5563>

Manejo integral de la lumbalgia en el servicio de emergencias: una revisión sistemática

Comprehensive management of low back pain in the emergency department: a systematic review

Ximena María Hernández Peña

ximena.her@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-2162-6380>

Universidad de Ciencias Médicas

San José – Costa Rica

Tomás Antonio Gazel Reuben

tomasgazelr@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-8948-7448>

Universidad de Ciencias Médicas

San José – Costa Rica

Erik Stammes Sancho

erikstammes@live.com

<https://orcid.org/0009-0003-8288-6166>

Universidad de Ciencias Médicas

San José – Costa Rica

Jorge Medina Barrios

jorgemb087@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-4857-9057>

Universidad de Ciencias Médicas

Limón – Costa Rica

Claudia Medrano Brenes

claudiamedranob19@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-7422-8544>

Universidad de Iberoamérica

San José – Costa Rica

Artículo recibido: 14 de noviembre de 2025. Aceptado para publicación: 21 de marzo de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

Desde la perspectiva de la atención en los servicios de emergencia, la lumbalgia es uno de los principales motivos de consulta a nivel mundial y constituye una causa significativa de discapacidad funcional, lo que representa uno de los retos clínicos más frecuentes debido a la necesidad de diferenciar sus etiologías. El objetivo de esta revisión sistemática fue analizar la evidencia científica actual sobre el manejo integral de la lumbalgia en el contexto del servicio de emergencias, con énfasis en estrategias diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento fundamentadas en medicina basada en evidencia. Se realizó una revisión de guías de práctica clínica y de estudios recientes enfocados en la evaluación clínica, la identificación de banderas rojas, las indicaciones apropiadas para solicitar estudios de imagen y los abordajes farmacológicos y no farmacológicos. La evidencia actual demuestra una discrepancia entre las recomendaciones de manejo y la práctica clínica habitual, a menudo asociada al uso indiscriminado de estudios de imagen y a la prescripción innecesaria de analgésicos opioides. En la práctica, las intervenciones no farmacológicas desempeñan un papel clave en el manejo, destacando la educación basada en la neurociencia del dolor, la movilización


temprana, la prescripción individualizada de ejercicio terapéutico y la rehabilitación multidisciplinaria. Estas estrategias favorecen un enfoque biopsicosocial que ayuda a la recuperación funcional, mejorando los resultados clínicos y reduciendo la discapacidad asociada.

Palabras clave: lumbalgia, servicio de emergencias, manejo integral, rehabilitación, medicina basada en evidencia

Abstract

From the perspective of emergency services, low back pain is one of the main reasons for consultation worldwide and constitutes a significant cause of functional disability, representing one of the most frequent clinical challenges due to the need to differentiate its etiologies. The objective of this systematic review was to analyze the current scientific evidence on the comprehensive management of low back pain in the context of emergency services, with an emphasis on diagnostic, therapeutic, and follow-up strategies based on evidence-based medicine. A review was conducted of clinical practice guidelines and recent studies focused on clinical evaluation, the identification of red flags, appropriate indications for requesting imaging studies, and pharmacological and non-pharmacological approaches. Current evidence shows a discrepancy between management recommendations and usual clinical practice, often associated with the indiscriminate use of imaging studies and the unnecessary prescription of opioid analgesics. In practice, non-pharmacological interventions play a key role in management, with an emphasis on education based on the neuroscience of pain, early mobilization, individualized prescription of therapeutic exercise, and multidisciplinary rehabilitation. These strategies promote a biopsychosocial approach that aids functional recovery, improving clinical outcomes and reducing associated disability.

Keywords: low back pain, emergency department, comprehensive management, rehabilitation

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Hernández Peña, X. M., Gazel Reuben, T. A., Stammes Sancho, E., Medina Barrios, J., & Medrano Brenes, C. (2026). Manejo integral de la lumbalgia en el servicio de emergencias: una revisión sistemática. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (2), 511 – 520. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5563>

INTRODUCCIÓN

El término lumbalgia hace referencia al dolor localizado por encima de los pliegues glúteos inferiores y por debajo del margen costal, que puede presentarse con o sin dolor irradiado a nivel de los miembros inferiores. Se encuentra entre las razones más comunes de consulta a los servicios de emergencia y, a nivel mundial, se reconoce como la condición más prevalente, especialmente en personas mayores de 40 años y del sexo femenino (Chiarotto y Koes, 2022). En algunas ocasiones, la lumbalgia puede asociarse a radiculopatía, que se refiere a la afectación de las raíces nerviosas espinales y se presenta como dolor, pérdida de fuerza o parestesias en una distribución miotomal o dermatomal (Zaina et al., 2023).

Se dice que alrededor del 84% de los adultos presentan un episodio de lumbalgia en algún momento de su vida; la mayoría son autolimitados, pero aquellos que no lo son pueden clasificarse según el tiempo de evolución. Donde los episodios con duración menor a 4 semanas se consideran episodios agudos, aquellas con una duración de 4 a 12 semanas se clasifican como subagudos y por último, si el dolor persiste por más de 12 semanas se denomina lumbalgia crónica (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2020). Además, se encuentra entre las condiciones más discapacitantes aptas para recibir rehabilitación (Chiarotto y Koes, 2022).

La lumbalgia también puede clasificarse como específica o no específica según la presencia o ausencia de dolor en los miembros inferiores, o bien por la ausencia de una causa específica comprobable. La mayoría de los casos corresponden a lumbalgia no específica, que debe ser un diagnóstico de exclusión una vez se haya realizado una amplia entrevista y un examen físico. Por lo general, para realizar el diagnóstico no se requiere un estudio de imagen de rutina. A diferencia de la lumbalgia específica, más del 80% de los casos se deben a una combinación de factores psicosociales y biológicos (Chiarotto y Koes, 2022).

Entre los principales factores de riesgo destacan los componentes psicológicos, como la presencia de depresión y/o ansiedad, trastornos de somatización o conductas de afrontamiento pasivas. Asimismo, factores relacionados con un mal estilo de vida, incluyendo sedentarismo, tabaquismo, posturas inadecuadas, nivel de actividad física regular y enfermedades metabólicas, que contribuyen al desarrollo y la cronificación del dolor lumbar. Por último, se observa la presencia de episodios previos de lumbalgia, patologías crónicas sin control médico como hipertensión e hipercolesterolemia, o bien una historia familiar positiva por casos de lumbalgia (Chiarotto y Koes, 2022; Zaina et al., 2023).

La raíz del problema no siempre se encuentra a nivel de la columna vertebral, sino que existen causas extraespinales, como las condiciones relacionadas con la articulación de la cadera, patologías a nivel de los órganos pélvicos, enfermedades de origen vascular o causas sistémicas. Entre las causas de origen espinal se pueden recalcar dos de las más frecuentes como lo son las hernias discales y la estenosis espinal, pero, también se encuentran los tumores, las fracturas, infecciones y enfermedades inflamatorias que afectan principalmente la columna (Chiarotto y Koes, 2022).

A la hora de realizar una evaluación del manejo integral de la lumbalgia en el servicio de emergencias, aunque representan un porcentaje bajo de las consultas, es necesario considerar las etiologías más graves y, por ende, urgentes debido a su potencial compromiso vital. Con el propósito de recordar estas causas, se destacan las siguientes: aneurisma de la aorta abdominal; fractura o sangrado, p. ej., hematoma epidural espinal; cáncer, especialmente lesiones metastásicas; patología discal (síndrome de cauda equina o compresión radicular); y absceso epidural u otros procesos infecciosos (Chiarotto y Koes, 2022; Werthman et al., 2024; NICE, 2020).

Además, en las últimas tres décadas, el manejo de la lumbalgia, principalmente en el servicio de emergencias, ha ido cambiando, ya que se ha demostrado que ninguna intervención clínica dirigida

únicamente al manejo del dolor logra reducir significativamente la presencia del dolor lumbar en la población. Por lo que se ha pasado de centrarse únicamente en el tratamiento del dolor a buscar un manejo más integral, centrado en mejorar la funcionalidad del paciente mediante actividades de rehabilitación (Zaina et al., 2023).

METODOLOGÍA

Para la presente investigación se realizó una revisión sistemática de la literatura científica disponible sobre el manejo integral de la lumbalgia en el servicio de emergencias. La revisión se centró en identificar y sintetizar la información pertinente sobre la evaluación diagnóstica, las estrategias terapéuticas y las recomendaciones actuales para el manejo de esta patología.

La búsqueda de literatura se dirigió a guías de práctica clínica y artículos de revisión sistemática publicados en la literatura médica reciente. Se utilizaron términos de búsqueda tales como lumbalgia (low back pain), rehabilitación, manejo en el servicio de emergencias y medicina basada en evidencia. Los documentos seleccionados se enfocan en estudios que abordan el manejo de la lumbalgia en el ámbito clínico, especialmente en el servicio de emergencias, así como en intervenciones diagnósticas, farmacológicas y no farmacológicas. Se priorizaron aquellas publicaciones que presentaran evidencia científica de alta calidad metodológica, con el fin de garantizar que las recomendaciones analizadas reflejaran el conocimiento científico actualizado sobre este tema.

Se incluyeron guías de práctica clínica relacionadas con la evaluación y el manejo de la lumbalgia, revisiones sistemáticas y metaanálisis enfocados en su tratamiento, estudios que analizaran distintos tipos de intervenciones terapéuticas y publicaciones que incluyeran recomendaciones fundamentadas en medicina basada en evidencia. Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en patologías específicas de la columna vertebral, investigaciones que no abordan el diagnóstico o tratamiento de la lumbalgia y publicaciones que no proporcionan evidencia relevante sobre el manejo clínico de esta condición en el contexto del servicio de emergencias.

Los estudios seleccionados fueron analizados de manera crítica con el objetivo de identificar las principales estrategias diagnósticas y terapéuticas respaldadas por la evidencia científica. Posteriormente, la información se organizó en distintos subtemas relevantes para el manejo integral de la lumbalgia en el servicio de emergencias. Finalmente, se realizó una síntesis narrativa de la evidencia, integrando los hallazgos más relevantes de las fuentes seleccionadas. Este proceso permitió identificar las principales intervenciones de manejo actuales y proponer una estrategia de manejo integral orientada a mejorar la toma de decisiones clínicas y optimizar los resultados en los pacientes.

DESARROLLO

Tomando en cuenta la elevada carga de casos de lumbalgia en los servicios de emergencia, resulta clave analizar las estrategias diagnósticas y terapéuticas actuales basadas en evidencia científica, con el fin de resaltar puntos de mejora aplicables a la práctica clínica.

La brecha existente entre las recomendaciones de manejo y la práctica clínica

Aun cuando la lumbalgia representa un motivo habitual de consulta en los servicios de emergencia alrededor del mundo, en muchos casos su manejo se desvía de las recomendaciones establecidas en las guías actuales. Por ejemplo, en múltiples ocasiones se solicitan y realizan estudios de imagen, que no se recomiendan de manera rutinaria en casos de lumbalgia aguda, sin historia de trauma y en ausencia de banderas rojas (Flanagan et al., 2024). De hecho, se estima que, en la práctica, uno de cada tres pacientes valorados por lumbalgia en el servicio de emergencias va a recibir una orden de realizar un estudio de imagen inapropiado (Werthman et al., 2024).

Se ha visto que, en otros casos, al generar un plan de tratamiento, este se centró en una prescripción de analgésicos opiáceos, que son potencialmente dañinos. En cambio, en aquellos pacientes en los que el enfoque principal se centró en fomentar estrategias para mejorar la calidad de la atención, como otorgar educación sobre la condición al paciente, se logró reducir la probabilidad de administración de opioides (Flanagan et al., 2024).

Estas situaciones evidencian la necesidad de implementar mejoras en la creación de los planes de tratamiento y cuidados del paciente. Asimismo, representan una oportunidad para fortalecer la toma de decisiones clínicas mediante estrategias fundamentadas en la medicina basada en la evidencia (Werthman et al., 2024).

Evaluación inicial

El diagnóstico de la lumbalgia no específica, se basa en excluir la presencia de las causas específicas, ya sea por medio de la entrevista (historia clínica) o por medio de la ejecución del examen físico. Esta evaluación debe ser estructurada y enfocada en identificar signos patológicos que orienten hacia un caso grave. En ausencia de estos hallazgos, debe reconocerse que se trata de una lumbalgia de carácter benigno, como ocurre en la mayoría de los casos (Chiarotto y Koes, 2022). Además, es recomendable incluir una evaluación biopsicosocial para identificar factores que puedan potenciar la sintomatología (George et al., 2021; Zaina et al., 2023).

Los signos de gravedad en la lumbalgia se conocen como banderas rojas: corresponden a hallazgos clínicos orientados a identificar patología espinal que requiere evaluación urgente. Entre las más destacadas se encuentran la historia previa de cáncer, pérdida de peso no intencionada, dolor persistente no mecánico o de predominio nocturno, fiebre o síntomas sistémicos. En caso de sospecha de infección vertebral, algunos datos importantes son el uso de drogas intravenosas, condiciones relacionadas con inmunosupresión o historia de infección reciente. Asimismo, la presencia de un trauma significativo en adultos sanos, un trauma menor en adultos mayores o en personas con osteoporosis, y/o el uso prolongado de corticosteroides puede orientar hacia una posible fractura vertebral (Chiarotto y Koes, 2022).

Desde el punto de vista neurológico, algunos signos de alarma corresponden a pérdida de la funcionalidad motora, alteración de los reflejos, anestesia en la zona perianal, en el inglés y en la parte interna de los muslos, retención urinaria o incontinencia fecal o urinaria. Otros factores que se consideran banderas rojas incluyen la edad avanzada, dolor progresivo refractario al tratamiento habitual o antecedentes de procedimientos invasivos (Chiarotto y Koes, 2022; Werthman et al., 2024).

Como parte de la evaluación inicial, se debe realizar un examen físico dirigido, con el objetivo principal de identificar hallazgos objetivos que orienten hacia una etiología específica del dolor. La evidencia sugiere incluir la inspección de la espalda y la postura para descartar alteraciones anatómicas. Posteriormente, es esencial realizar palpación o percusión de la columna, lo cual ayudará a identificar puntos de sensibilidad, ya sean óseos o en tejidos blandos, así como la presencia de masas palpables (George et al., 2021; Chiarotto y Koes, 2022; NICE, 2020).

Asimismo, se debe realizar un examen neurológico completo como parte de la evaluación inicial, que incluya la valoración de los reflejos osteotendinosos, la fuerza muscular, la sensibilidad y la marcha. Es clave identificar signos sugestivos de compromiso radicular o neurológico significativo, particularmente asociados a la compresión de las raíces nerviosas lumbosacras; para ello, pueden emplearse maniobras específicas. Además, los hallazgos obtenidos durante la historia clínica deben orientar la extensión del examen físico, especialmente en pacientes que presentan retención urinaria, incontinencia fecal o alteraciones sensitivas perineales. En estos casos, puede ser necesario ampliar

la exploración particularmente ante la sospecha de síndrome de cauda equina o compromiso neurológico severo (George et al., 2021; Chiarotto y Koes, 2022; NICE, 2020).

En aquellos pacientes con sospecha de malignidad, la evaluación física debe incluir una exploración dirigida de la cadena ganglionar con el objetivo de identificar adenopatías u otros hallazgos sugestivos de enfermedad sistémica. De igual manera, cuando la historia clínica oriente hacia dolor referido o de etiología no espinal, resulta necesario ampliar la exploración hacia otras regiones anatómicas. Contemplando la articulación de la cadera, la región pélvica, el abdomen y el sistema vascular periférico (George et al., 2021; Chiarotto y Koes, 2022; NICE, 2020).

La mayoría de los episodios de lumbalgia son autolimitados y mejoran significativamente con el paso de las primeras 6 semanas. Brindar esta información al paciente en el servicio de emergencias es clave para reducir la ansiedad por enfermedad, disminuir la expectativa de obtener un estudio de imagen o una prescripción de analgésicos fuertes y reforzar la implementación de actividad física, en especial en ausencia de banderas rojas (Chiarotto y Koes, 2022).

Indicación de estudios de imagen

Como ya se ha mencionado, el uso rutinario de estudios de imagen no se recomienda en casos de lumbalgia sin antecedentes de trauma y sin datos de urgencia al momento de obtener la historia clínica. Aunque la radiografía simple suele ser la prueba inicial más utilizada, la evidencia no respalda su uso generalizado. Sólo debe solicitarse en casos que presenten banderas rojas de manera explícita o se consideren casos de urgencia (Werthman et al., 2024).

Aparte del uso de las radiografías, la solicitud de una tomografía axial computarizada (TAC) o de una resonancia magnética nuclear (RMN) tampoco es necesaria en casos de lumbalgia no complicada, pero esto puede considerarse en casos específicos, como en aquellos pacientes que presentan síntomas persistentes o son candidatos a una cirugía (Werthman et al., 2024).

Manejo farmacológico

En las últimas guías se han priorizado las medidas no farmacológicas, ya que la mayoría de los fármacos utilizados para tratar la lumbalgia tienen una eficacia limitada y un alto riesgo de efectos secundarios. No obstante, a la hora de hacer una evaluación a nivel del servicio de emergencias, es común utilizar analgesia para lograr facilitar la movilización a la hora de evaluar al paciente. Sin embargo, al centrarse en la elección del fármaco, este debe ser administrado a la mínima dosis efectiva y temporal (Chiarotto y Koes, 2022).

Se ha observado que el uso del paracetamol presenta beneficios limitados o inexistentes en comparación con el placebo, por lo que, en emergencias, los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) continúan siendo la principal elección analgésica. A pesar de esto, el uso de paracetamol asociado a AINEs se ha asociado con una mejor respuesta que cuando se prescriben AINEs como monoterapia (Baroncini et al., 2023; Gianola et al., 2022; Werthman et al., 2024).

Con respecto al uso de una terapia combinada de AINEs con otros fármacos, aún se requieren más estudios de alta calidad metodológica para establecer con claridad si estas asociaciones ofrecen un beneficio clínico adicional significativo en comparación con la monoterapia. Igualmente, la efectividad de los relajantes musculares continúa siendo un tema de debate, ya que si bien pueden contribuir a la reducción del espasmo muscular en determinados pacientes, su perfil de seguridad plantea preocupaciones importantes. Estos fármacos suelen asociarse a efectos adversos como mareos, somnolencia y cierto grado de sedación, lo que puede incrementar el riesgo de caídas, especialmente en adultos mayores o en pacientes con comorbilidades, por lo que su indicación debe ser

cuidadosamente individualizada y limitada a periodos cortos de tratamiento (Gianola et al., 2022; Werthman et al., 2024).

Respecto al uso de analgésicos opiáceos, se recomienda evitarlos cuando sea posible debido al riesgo de eventos adversos (Flanagan et al., 2024). Aun así, se puede prescribir un ciclo breve de tratamiento con opioides para las lumbalgias agudas en pacientes con contraindicación al uso de los AINEs (Zaina et al., 2023). Las estrategias de manejo del dolor como alternativas al uso de opioides, como los analgésicos simples, el uso de compresas térmicas, otorgar educación o el uso de herramientas de evaluación de riesgo de uso de opioides, son opciones acertadas a la hora de dar tratamiento (Flanagan et al., 2024).

Sin embargo, en resumen, el uso de AINEs y algunos relajantes musculares pueden ayudar a reducir el dolor y la discapacidad. Aun cuando su indicación permanece conflictiva y debería ser individualizada según el balance de riesgo-beneficio de cada paciente (Baroncini et al., 2023).

Intervenciones no farmacológicas

Se recomienda priorizar el uso de intervenciones no farmacológicas como tratamiento inicial, ya que el papel de los fármacos en el manejo global de la lumbalgia es limitado (Gianola et al., 2022). Donde el uso de estrategias no farmacológicas como la educación al paciente, mantener un nivel adecuado de actividad física y enfoques conductuales son de suma importancia, especialmente cuando existe un potencial riesgo de cronificación y de disminuir la discapacidad (Chiarotto y Koes, 2022). Se recomienda priorizar las intervenciones centradas en el movimiento y el abordaje biopsicosocial del dolor en equipos multidisciplinarios. En este escenario deben implementarse intervenciones conductuales que promuevan la participación activa del paciente y el retorno progresivo a sus actividades habituales (George et al., 2021).

Se debe enfatizar la importancia de la educación como uno de los pilares de manejo más importantes. Donde se busca brindar al paciente información sobre el tratamiento otorgado y ayudar a manejar las expectativas de la recuperación en cualquier tipo de lumbalgia o radiculopatía (Zaina et al., 2023). Esta debe basarse en los principios de la neurociencia del dolor, con el fin de ayudar a reducir el miedo al movimiento, modificar las creencias negativas asociadas al dolor y fomentar la autoeficacia durante el proceso de recuperación. En la educación se deben incluir técnicas de automanejo, recomendaciones para mantener la actividad física y estrategias de protección de la columna en el día a día (George et al., 2021).

Durante este proceso se debe asegurar la movilización temprana, evitar el reposo prolongado y utilizar ejercicios terapéuticos individualizados que busquen la movilidad articular, el fortalecimiento progresivo y el entrenamiento funcional. En el caso de la lumbalgia crónica, la educación no se debe utilizar como una medida aislada, sino que siempre debe ir acompañada de ejercicios terapéuticos o del uso de terapia manual (George et al., 2021).

Como uno de los principales objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se encuentra garantizar la cobertura universal de salud sin exponer a la población a dificultades financieras para acceder a dichos servicios. Una parte importante del acceso a la cobertura universal son los servicios de rehabilitación, los cuales son claves, ya que la ejecución de diversas intervenciones de este tipo, en especial en los pacientes con lumbalgia, ha demostrado reducir la prescripción de opiáceos. Además, el uso de estas intervenciones, principalmente en los servicios de emergencia, parece no tener efectos negativos sobre el paciente ni sobre su estancia hospitalaria (Zaina et al., 2023; Flanagan et al., 2024).

Otra de las intervenciones más recomendadas para el manejo integral de la lumbalgia es la terapia manual, ya que ha demostrado beneficios, como ayudar a disminuir la discapacidad a corto plazo. Esta

se centra en realizar masaje terapéutico o movilizaciones articulares, con o sin impulso, lo cual ayuda a disminuir el dolor. Este tipo de intervención ha demostrado ser útil principalmente a corto plazo y suele usarse como complemento de la educación y la actividad física (Gianola et al., 2022; George et al., 2021).

Cabe destacar que el uso de la acupuntura como medida no farmacológica está recomendado para pacientes con lumbalgias subagudas, pero en el caso de la lumbalgia crónica esta terapia no está recomendada. Por último, el uso de inyecciones epidurales con esteroides se recomienda únicamente a corto plazo en pacientes con radiculopatía. Aunque antes de su utilización se deben discutir con el paciente los posibles efectos adversos (Zaina et al., 2023).

Aunque actualmente la evidencia prioriza las intervenciones no farmacológicas para el manejo de la lumbalgia, debido a su seguridad y a su enfoque centrado en la recuperación, el tratamiento debe individualizarse según la respuesta clínica y las características particulares de cada caso. En aquellos pacientes que no obtengan un alivio adecuado del dolor ni una mejoría funcional suficiente con estas estrategias, resulta apropiado considerar la incorporación de opciones terapéuticas adicionales (Baroncini et al., 2023).

Propuesta de manejo integral de la lumbalgia en el servicio de emergencias

A partir de las diversas fuentes revisadas, se propone una síntesis del manejo integral de la lumbalgia en los servicios de emergencias, la cual se puede estructurar de la siguiente manera. Iniciar con la evaluación clínica exhaustiva para descartar causas específicas y presencia de banderas rojas; otorgar analgesia escalonada enfatizando en las opciones no opioides; fomentar la educación y el consejo conductual con énfasis en el retorno pronto a la actividad física; basar la solicitud de estudios de imagen en criterios explícitos y por último, asegurar el seguimiento por parte de equipos multidisciplinarios que incluyan rehabilitación (Chiarotto y Koes, 2022; Flanagan et al., 2024; Werthman et al., 2024; George et al., 2021).

Alta hospitalaria

El alta hospitalaria debe sustentarse en la entrega de mensajes claros, consistentes y comprensibles para los pacientes, con el objetivo de favorecer la continuidad del tratamiento y promover un adecuado automanejo de la condición. Parte fundamental de este proceso consiste en brindar educación dirigida a que el paciente comprenda aspectos clave sobre la evolución natural de la lumbalgia, incluyendo la posibilidad de recurrencia de nuevos episodios a lo largo de la vida, la tendencia a una mejoría clínica significativa durante las primeras semanas y el hecho de que, en la mayoría de los casos, los niveles de dolor a largo plazo, particularmente después de 12 meses, suelen ser bajos (Chiarotto y Koes, 2022).

Una de las principales recomendaciones radica en la mejora del paciente, donde, si este no lo hace durante las primeras semanas, es prudente considerar derivarlo a un especialista para realizar ejercicio supervisado o bien llevar a cabo terapia conductual. A la hora de incorporar la fisioterapia durante la evaluación en el servicio de emergencias, esta podría facilitar una transición fluida hacia cuidados posteriores de ejercicio y rehabilitación. Un dato importante de recalcar es que se ha encontrado una relación entre los pacientes que acuden a fisioterapia y el uso de farmacoterapia de alto riesgo. En algunos casos, esta incorporación podría reducir la necesidad de realizar otras intervenciones, la estancia hospitalaria y aumentar la satisfacción del paciente, pero aún se requiere más investigación (Chiarotto y Koes, 2022; Flanagan et al., 2024; Rolving et al., 2025).

Para el manejo de la lumbalgia aguda y crónica, la prescripción del ejercicio terapéutico tras el alta hospitalaria se considera una de las intervenciones con mayor respaldo científico. Esta se basa principalmente en ejercicios orientados al fortalecimiento y la activación de la musculatura del tronco.

En los pacientes que presentan dolor irradiado a los miembros inferiores, se pueden añadir ejercicios de fortalecimiento y resistencia muscular para ayudar a mitigar el dolor y la discapacidad (George et al., 2021).

En el caso de la lumbalgia crónica, se recomienda implementar programas de ejercicio estructurados que integren diferentes modalidades terapéuticas, incluyendo ejercicio aeróbico, fortalecimiento muscular progresivo, entrenamiento funcional y ejercicios acuáticos. Principalmente, dado que actualmente la evidencia disponible no demuestra una superioridad clara de un tipo de ejercicio sobre otro, la selección debe basarse principalmente en la tolerancia del paciente, el acceso a recursos terapéuticos y la progresión clínica observada (George et al., 2021).

CONCLUSIÓN

Para finalizar, la evidencia disponible señala que el manejo de la lumbalgia en el servicio de emergencias debe ser integral para lograr un mayor beneficio para el paciente. El mismo debe combinar la evaluación clínica, la toma de decisiones sobre el uso de estudios de imagen, el tipo de analgesia a otorgar y, principalmente, centrarse en intervenciones no farmacológicas, como la educación, la actividad física y la derivación a especialistas en rehabilitación, cuando así corresponda.

El abordaje actual de la lumbalgia propone reducir la dependencia de tratamientos pasivos o de la farmacoterapia aislada para favorecer estrategias de participación activa del paciente. Buscando una reincorporación temprana a las actividades usuales y la continuidad laboral.

Estas intervenciones demuestran que reducir el uso de opioides es posible y que, mediante diversos cambios sistemáticos, se puede mejorar la eficacia del tratamiento de esta patología, con mejoras en los resultados funcionales. Finalmente, dado que la lumbalgia es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de emergencia, debería ser abordada de manera exhaustiva por todo el personal de salud.

REFERENCIAS

Baroncini, A., Maffulli, N., Al-Zyoud, H., Bell, A., Sevic, A., & Migliorini, F. (2023). Nonopioid pharmacological management of acute low back pain: A level I evidence systematic review. *Journal of Orthopaedic Research*, 41(8), 1781–1791. <https://doi.org/10.1002/jor.25508>

Chiarotto, A., & Koes, B. W. (2022). Nonspecific low back pain. *The New England Journal of Medicine*, 386(18), 1732–1740. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp2032396>

Flanagan, P., Waller, R., Lin, I., Richards, K., Truter, P., Machado, G. C., & Cavalheri, V. (2024). Interventions to improve the quality of low back pain care in emergency departments: A systematic review and meta-analysis. *Internal and Emergency Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11739-024-03736-y>

George, S. Z., Fritz, J. M., Silfies, S. P., Schneider, M. J., Beneciuk, J. M., Lentz, T. A., Gilliam, J. R., Hendren, S., & Norman, K. S. (2021). Interventions for the management of acute and chronic low back pain: Revision 2021. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 51(11), CPG1–CPG60. <https://doi.org/10.2519/jospt.2021.0304>

Gianola, S., Barger, S., Del Castillo, G., Corbetta, D., Turolla, A., Andreano, A., Moja, L., & Castellini, G. (2022). Effectiveness of treatments for acute and subacute mechanical non-specific low back pain: A systematic review with network meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 56(1), 41–50. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-104324>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020, December 11). Low back pain and sciatica in over 16s: Assessment and management (NICE Guideline No. 59). National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562933/>

Rolving, N., Kræmmer, J., Rafaelsen, C., Jørgensen, C. K., Andersen, E. D., Sauer, A. T., & Riis, A. (2025). Effect of involving physiotherapists in the management of low back pain at emergency departments: A systematic review. *Physiotherapy*, 125. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2024.101454>

Werthman, A. M., Jolley, B. D., Rivera, A., & Rusli, M. A. (2024). Emergency department management of low back pain. *Cureus*, 16(2), e54363. <https://doi.org/10.7759/cureus.54363>

Zaina, F., Côté, P., Cancelliere, C., Di Felice, F., Donzelli, S., Rauch, A., Verville, L., Negrini, S., & Nordin, M. (2023). A systematic review of clinical practice guidelines for persons with non-specific low back pain with and without radiculopathy: Identification of best evidence for rehabilitation to develop the WHO's Package of Interventions for Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 104(11), 1913–1927. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2023.02.022>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 