Dolor lumbar: mitos, factores de riesgo y el papel de la fisioterapia[3]

Irvin Arael Serrano Vale[4]

https://doi.org/10.56643/syc.v2i2.234

Resumen

El dolor lumbar es una de las principales causas de consulta en atención primaria de la salud a nivel mundial. Conocer; los factores de riesgo que pueden provocarlo y comprender la percepción de las personas en torno a este padecimiento resulta fundamental, tanto para su tratamiento como para su prevención. Mirar hacia el futuro del dolor lumbar permite dimensionar su impacto: se estima que para el año 2050 su prevalencia seguirá en aumento, lo que lo consolida como un verdadero problema de salud pública, mismo que toda persona experimentará en algún momento de su vida, lo que recalca la importancia de conocerlo y abordarlo con anticipación.

Introducción

Actualmente, el dolor lumbar es una de las principales causas de consulta o de atención médica de primer contacto. Se estima que prácticamente todas las personas lo experimentarán al menos una vez en su vida. De acuerdo con Knezevic et al. (2021), el dolor lumbar no sólo limita las actividades diarias; también genera incapacidad laboral y un enorme gasto en atención médica, con cifras que superan 100000 millones de euros anuales a nivel mundial.

Entender las causas de su aparición, cuáles son sus factores de riesgo, cómo influyen en él las creencias y la misma percepción del dolor son aspectos primordiales para comprender cómo afecta la calidad de vida y la salud de quien lo padece (véase figura 1).

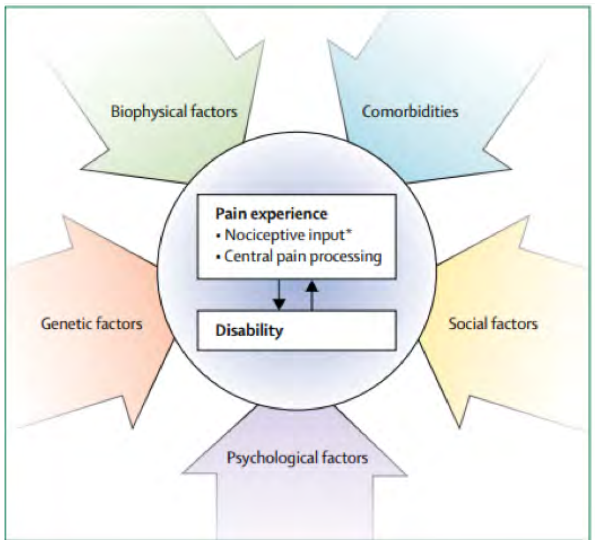
Es importante destacar que el dolor lumbar muestra altos índices de prevalencia en todo el mundo y las proyecciones indican que, en vez de disminuir, aumentará de manera significativa para 2050.

Este artículo pretende comprender el dolor lumbar más allá de verlo como una enfermedad: se trata de un síntoma de origen multifactorial que puede generar discapacidad, pérdida de la productividad laboral y cuya frecuencia se incrementa con la edad.

[3] Artículo derivado del Diplomado en Investigación Documental Digital 2024.

[4] Docente de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad La Salle Oaxaca. Correo electrónico: irvin.serranova@ulsaoaxaca.edu.mx. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-6921-4636

Además, representa un problema en países como México, donde gran parte de la población pertenece a sectores de bajos y medianos recursos, lo que dificulta aún más su manejo y tratamiento oportuno.



NOTA: La figura muestra factores que contribuyen al dolor lumbar y la consiguiente discapacidad en el año 2018. Hartvigsen et al. (2018).

Dolor lumbar: un problema creciente

Más que como una enfermedad, el dolor lumbar debe entenderse como un síntoma de origen multifactorial, asociado a factores sociales, genéticos, biofísicos, psicológicos y comorbilidades. Dichos factores generan cinco consecuencias cruciales: discapacidad, pérdida de la productividad, afectación de las personas con bajos y medios recursos, incremento con la edad y deterioro de la calidad de vida de las personas.

Según Hartvigsen et al. (2018), este dolor puede localizarse entre las últimas costillas, la región glútea y, en ocasiones, puede acompañarse de sintomatología en una o ambas piernas. Se estima que estará presente al menos una vez en la vida y descifrar su origen específico será un reto.

Clasificación clínica

De acuerdo con Contreras et al. (2023), el dolor lumbar se clasifica conforme su duración en:

- Agudo: hasta cuatro semanas, con una mejoría en 90% de los casos
- Subagudo: entre cuatro y 12 semanas
- Crónico: más de 12 semanas con mayor asociación a discapacidad, gastos en el sistema de salud y de quien lo padece

En cuanto a su origen clínico, el dolor lumbar debe ser evaluado integralmente, por lo que es necesario diferenciar el dolor de origen mecánico del dolor no mecánico.

Con base en lo anterior, Santos et al. (2020) lo clasifican de la siguiente manera:

a) Dolor mecánico: aparece durante el día, se relaciona con lesiones en el sistema músculo-esquelético axial y tiende reducirse gradualmente.
b) Dolor no mecánico: de predominio nocturno y vinculado a procesos inflamatorios o tumorales.

Además, el dolor lumbar puede clasificarse como:

- Dolor axial: localizado en la región lumbar, mejora con el reposo y se relaciona con procesos articulares.
- Dolor radicular: se irradia por el trayecto nervioso (ciático o femoral), a menudo se presenta cuando existen problemas de hernia de disco o estenosis (estrechamiento del canal de la columna).
- Dolor raquiestenótico: típico en adultos mayores, irradiado hacia ambas piernas por estiramiento del canal raquídeo.
- Dolor atípico: no sigue patrones comunes, puede acompañarse de síntomas de alarma y asociarse a causas inflamatorias, infecciosas o psicológicas.

Durante el interrogatorio y la exploración es importante determinar si el dolor incluye los siguientes factores: es permanente, nocturno, se presenta en edades extremas, compromete el estado general del individuo, disminuye el peso del individuo, presencia de fiebre, resistencia a los analgésicos y compromiso neurológico severo o progresivo.

Prevalencia

La prevalencia es la proporción en que aparece el dolor en una población o grupo en cierto periodo de tiempo. Según Soto et al. (2019), aproximadamente 84% de la población en México padece dolor lumbar.

Se estima que la prevalencia del dolor lumbar irá incrementándose con el paso de los años y, de acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (2019), constituye la segunda causa de consulta en atención primaria en México. La Revista Sanitaria de Investigación (2023) reporta que 37% de los casos atendidos en el IMSS corresponden a este padecimiento.

A nivel mundial, Ferreira et al. (2023) estimaron que en 2020 se registraron más de 500 millones de casos prevalentes; las proyecciones indican que, para 2050, se produ-

cirá un incremento y que afectará hasta a 863 millones de personas. Esto da cuenta de un crecimiento sostenido, lo que convierte al dolor lumbar en uno de los principales retos de salud pública global.

Dolor lumbar como problema de salud pública

El impacto del dolor lumbar trasciende los aspectos físicos: genera problemáticas a nivel socioeconómico, psicológico y de comorbilidad, etc., afectando significativamente a la población de México y el mundo. Paniagua (2013) menciona que este padecimiento debe analizarse no sólo desde su magnitud, sino también desde su letalidad y de la forma en que afecta el bienestar de los individuos. Por ello es importante abordarlo desde una perspectiva integral, para realizar su prevención, tratamiento y educar a la población.

Carga socioeconómica del dolor lumbar

Padecer dolor lumbar no es algo sencillo, ya que involucra costos directos e indirectos en atención médica y rehabilitación, transporte a las citas médicas, cirugías, incapacidad laboral e incluso pérdida del empleo. Estos costos tienden a incrementarse cuando el paciente no recibe tratamiento oportuno o carece de información sobre su padecimiento.

De acuerdo con Knezevic et al. (2021), la carga socioeconómica del dolor lumbar se estima en alrededor € 2 800 millones en el Reino Unido y más de AU$ 4 800 millones en Australia por año. En Estados Unidos, los gastos destinados anualmente al tratamiento de pacientes con dolor lumbar superan los US$ 100 000 millones.

Estos datos revelan que el dolor lumbar no sólo afecta la salud física de quien lo padece, sino que también genera un impacto económico significativo en las familias, los sistemas de salud y la productividad laboral.

Ponce Martínez (2013) señala que el costo total generado por un paciente con lumbalgia mecánica asciende a $ 25 433.3, con un costo promedio de la incapacidad de $ 15 429.94 y de los estudios de gabinete de $ 6 880.85, a los que se suman consultas, medicamentos y laboratorio.

Factores de riesgo en el dolor lumbar

El dolor lumbar tiene un origen multifactorial; en él interactúan factores biológicos, psicológicos, sociales y genéticos. Reconocerlos permite diseñar estrategias preventivas más efectivas (véase figura 2).

- Factores biofísicos: cierto porcentaje de personas con dolor lumbar puede presentar alteraciones a nivel óseo o muscular debido a la composición de los mismos.

- Factores psicológicos: la depresión, ansiedad y las creencias o mitos en torno al dolor lumbar influyen en su persistencia. Santiago-Bazán et al. (2022) hallaron una relación significativa entre dolor lumbar y ansiedad en 36 de 116 alumnos evaluados. Además, cuando el dolor persiste durante más de seis meses, lleva a que se generen creencias relacionadas con la discapacidad y el deterioro funcional.
- Factores genéticos: se constatan en 21% a 67% de la población que padece dolor lumbar.
- Factores sociales: Delgado-Montaño et al. (2023) identificaron que 55.3% de los pacientes con dolor lumbar eran solteros y pertenecían a niveles socioeconómicos de bajos y medianos recursos. Asimismo, las largas jornadas laborales (que superan las ocho horas) incrementan el riesgo.

El dolor lumbar también tiene un fuerte componente social: los pacientes pueden sentir que sus limitaciones no son reconocidas, lo que los lleva a evitar actividades, a experimentar aislamiento, perder el empleo o sentirse decepcionados de la atención médica, experimentando desesperanza y frustración.

- Comorbilidades: tabaquismo, obesidad, bajo nivel de actividad física coadyuvan a la aparición del dolor.

Figura 2.
Factores de riesgo del 2020

NOTA. La figura muestra factores de riesgo en el año 2020. Santos et al. (2020).

Creencias sobre dolor lumbar en estudiantes de fisioterapia

En la sociedad circulan múltiples mitos y creencias sobre el dolor lumbar. Éstos influyen no sólo en la forma en que los pacientes interpretan su dolor, sino también en la manera en que es abordado por estudiantes y profesionales de la salud. Cuando las creencias son erróneas, pueden aumentar la discapacidad, fomentar miedo al movimiento y alejar tanto a pacientes como a terapeutas de las recomendaciones actuales de las guías de práctica clínica.

Algunas de las creencias y mitos más comunes son las siguientes:

1. La hernia discal obliga a cirugía. Muchas personas creen que un diagnóstico de hernia de disco equivale a pasar por el quirófano, cuando en realidad la mayoría de los casos se manejan con tratamiento conservador.

2. Los estudios de imagen, como radiografía, tomografía, resonancia magnética, etc., aseguran que pueden demostrar la causa del dolor lumbar, cuando en realidad puede ser causado por otros factores, como los mencionados anteriormente.

3. El padecimiento de dolor de espalda lleva a que el paciente se tome las cosas con calma hasta que el dolor "desaparezca". El reposo pasivo y la inactividad pueden empeorar el cuadro clínico y favorecer su cronicidad.

4. La mayoría de los dolores lumbares son causados por levantar objetos pesados o por lesiones previas. Debe recordarse que su origen es multifactorial, por lo que no puede reducirse sólo a una causa.

5. El dolor lumbar suele ser incapacitante. Aunque puede ser limitante, con el tratamiento adecuado es posible que los pacientes recuperen su funcionalidad.

6. Todas las personas con dolor lumbar deben realizarse una radiografía de la columna vertebral. El uso de estudios de imagen no siempre se justifica, puesto que existen más factores asociados.

7. El reposo en cama es la base principal de la terapia: las personas tienen la idea que si descansan todo el tiempo el dolor disminuirá. Contrariamente a esta creencia, la evidencia indica que el movimiento y la fisioterapia favorecen la recuperación.

Evidencia científica y fisioterapia en el dolor lumbar

La fisioterapia puede ser definida como:

La ciencia de la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con afecciones físicas y de movilidad, mediante el uso de técnicas físicas, ejercicios terapéuticos, manipulaciones manuales, masajes, electroterapia y otras modalidades, con el fin de mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes (OMS, 2020, p.1).

En el campo del dolor lumbar, la fisioterapia desempeña un papel clave, no sólo en el tratamiento sino también en la educación del paciente, ayudando a desmontar mitos y creencias erróneas.

L*a Guía práctica clínica para la gestión del dolor lumbar agudo y crónico*, creada por la Asociación Estadounidense de Fisioterapia en 2021, establece recomendaciones basadas en la evidencia para orientar a los fisioterapeutas en la toma de decisiones clínicas. Entre sus objetivos destacan:

- Aliviar del dolor
- Mejorar la funcionalidad del paciente
- Reducción de la discapacidad

George et al. (2021) clasifican los niveles de evidencia científica y los grados en que se recomienda la fisioterapia para el tratamiento de dolor lumbar (véanse tablas 1 y 2), lo que refuerza la importancia de aplicar intervenciones fundamentadas en estudios de alta calidad.

Tabla 1.
Niveles de evidencia

Tabla 1	**Niveles de evidencia**
I	Evidencia obtenida de estudios diagnósticos prospectivos de alta calidad. Estudios, ensayos controlados aleatorios o revisiones sistemáticas.
II	Evidencia obtenida de estudios diagnósticos de menos calidad, prospectivos (estudios con criterios de referencia débiles, aleatorización inadecuada, falta de cegamiento)
III	Estudios de caso y controles o estudios retrospectivos
IV	Series de casos
V	Opinión de expertos

Nota: la tabla 1 muestra los niveles de evidencia propuestos por la Academia de Ortopedia de Fisioterapia de la Asociación Estadounidense de Fisioterapia. El nivel I corresponde al nivel más alto de evidencia científica. Desde éste, el nivel de evidencia desciende sucesivamente, hasta llegar al V, que proporciona el menor nivel de evidencia. George et al. (2021).

Tabla 2	**Grado de recomendaciones**		
Grado de recomendación	**Fuerza de la evidencia**	**Nivel de obligación**	
A	Fuerte evidencia	Preponderancia de estudios de nivel I y/o II. Apoyar la recomendación.	Debería
B	Moderada evidencia	Un único ensayo controlado aleatorio de alta calidad o preponderancia de sólo estudios de nivel II	Puede

C	Ligera evidencia	Un solo estudio de nivel II respalda la recomendación	Puede
D	Conflicto o sin evidencia	Los estudios de nivel I y II no están de acuerdo con sus conclusiones o no proporcionan evidencia de beneficio	No debería

NOTA. La tabla 2 muestra los grados de evidencia científica según la Academia de Ortopedia de Fisioterapia de la Asociación Estadounidense de Fisioterapia. A: Fuerte, B: Moderado, C: Débil, D: Poca evidencia. George et al. (2021).

La evidencia científica respalda de manera contundente el papel de la fisioterapia en el manejo del dolor lumbar. Diversos estudios y guías de práctica clínica han otorgado un grado de recomendación A, a diferentes intervenciones fisioterapéuticas.

- Ejercicio o entrenamiento físico para el dolor lumbar agudo o crónico.
- Terapia manual, especialmente en dolor lumbar crónico, para reducir el dolor y la discapacidad.
- Educación al paciente, pieza clave para desmitificar creencias erróneas y promover la participación activa en el tratamiento.
- Tratamientos activos como pilates, yoga, estiramientos y entrenamiento de fuerza, que favorecen la movilidad y la recuperación funcional.

Estas intervenciones muestran que la fisioterapia incluye mucho más que técnicas pasivas: implica un enfoque dinámico, educativo y centrado en la persona.

Conclusiones

Hablar de dolor lumbar, lumbalgia, *low back pain*, dolor de espalda es un tema muy controversial no por el desconocimiento, sino porque existe un sinfín de información y de estudios relacionados con el mismo.

Es importante destacar que entre los principales factores de riesgo se incluyen factores biofísicos, sociales, psicológicos, genéticos y la presencia de comorbilidades. Todos ellos impactan la vida del paciente, limitando su capacidad de trabajo y las actividades que realiza en la vida diaria.

El padecimiento de dolor lumbar no sólo se relaciona con la presencia de un problema físico ni con presentar problemas en la estructura y la función corporales; además afectará desde el punto de vista socioeconómico, pues en la medida que se trata de un síntoma presente en la mayor parte de la población, genera gastos al sector salud y a la persona que requiere su tratamiento.

Se estima que para el año 2050 la prevalencia mundial de dolor lumbar aumentará en 35% en relación con las cifras registradas en 2020, lo que lo convierte en un problema de salud pública en expansión.

Más que una enfermedad, el dolor lumbar debe entenderse como un síntoma de origen multifactorial. Si no es abordado de manera transdisciplinaria, será muy difícil prevenirlo o reducir su impacto. Por ello se recomienda el seguimiento de las Guías de práctica clínica, para realizar una intervención actualizada y basada en evidencia científica, mismas que sugieren realizar intervenciones de fisioterapia más activas, centradas en el ejercicio aeróbico y la educación del paciente, colocando en segundo plano los enfoques pasivos.

Referencias

»Carvajal-Parodi, C., Ojeda, C., Silva, T., Mendoza, C., Valdés, A. R., y Guede-Rojas, F. (2023b). Creencias sobre el dolor lumbar en estudiantes de fisioterapia (Beliefs about low back pain in physiotherapy students). *Retos,* 49, 245-251. https://doi.org/10.47197/retos.v49.98042

»Contreras, J. A. P., De San José Payares Álvarez, K., Franco, L. F. M., y Durán, F. A. S. (2023). Mejoría del dolor, la función y la calidad de vida en dolor lumbar subagudo: ensayo clínico controlado con ejercicio vs. AINES. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación,* 33(1), 12-24. https://doi.org/10.28957/rcmfr.384

»De Salud, S. (2019, enero 12). 011. *Lumbalgia, segunda causa más común de consulta de primer contacto.* gob.mx. https://www.gob.mx/salud/prensa/011-lumbalgia-segunda-causa-mas-comun-de-consulta-de-primer-contacto?idiom=es-MX

»Fatoye, F., Gebrye, T., Mbada, C. E., y Useh, U. (2023). Clinical and economic burden of low back pain in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMJ Open*, 13(4), e064119. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064119

»Ferreira, M. L., De Luca, K., Haile, L. M., Steinmetz, J. D., Culbreth, G. T., Cross, M., Kopec, J. A., Ferreira, P. H., Blyth, F. M., Buchbinder, R., Hartvigsen, J., Wu, A., Safiri, S., Woolf, A. D., Collins, G. S., Ong, K. L., Vollset, S. E., Smith, A. E., Cruz, J. A., . . . March, L. M. (2023). Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, 5(6), e316-e329. https://doi.org/10.1016/s2665-9913(23)00098-x

»GBD 2021 Low Back Pain Collaborators (2023). Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet. Rheumatology,* 5(6), e316–e329. https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00098-X

»George, S. Z., Fritz, J. M., Silfies, S. P., Schneider, M. J., Beneciuk, J. M., Lentz, T. A., Gilliam, J. R., Hendren, S., y Norman, K. S. (2021). Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021. *Journal Of Orthopaedic And Sports Physical Therapy, 51(11)*, CPG1-CPG60. https://doi.org/10.2519/jospt.2021.0304

»Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D.,Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., Underwood, M., Buchbinder, R., Hartvigsen, J., Cherkin, D., Foster, N. E., Maher, C. G., Underwood, M., Van Tulder, M., . . . Woolf, A. (2018). What low back pain is and why we need to

pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356-2367. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30480-x

»Investigación, R. (2023b, diciembre 26). Características clínicas e incapacidad laboral en pacientes con lumbalgia en atención primaria. RSI - *Revista Sanitaria de Investigación,* 4(12), https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caracteristicas-clinicas-e-incapacidad-laboral-en-pacientes-con-lumbalgia-en-atencion-primaria/

»Knezevic, N. N., Candido, K. D., Vlaeyen, J. W. S., Van Zundert, J., y Cohen, S. P. (2021). Low back pain. *Lancet (London, England),* 398(10294), 78-92. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00733-9

»*Lumbalgia* (2014, abril 16). Gobierno de México. Recuperado 18 de septiembre de 2024, de https://imss.gob.mx/salud-en-linea/lumbalgia

»Montaño, G. M. D., Flores, H. M. V., Alburqueque-Melgarejo, J., Virú-Diaz, P. R., Cordova, L. E. N., Castillo, C. E. V., Roque Quezada, J. C., y Loayza, C. N. C. (2023b). Factores asociados a dolor lumbar en trabajadores sanitarios de un hospital de referencia del Perú. *Medicina Clínica y Social*, 7(2), 77-83. https://doi.org/10.52379/mcs.v7i2.279

»Olmos García, M. A. (s. f.). *Dolor lumbar crónico: causas, síntomas y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra.* https://www.cun.es. https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/dolor-lumbar-cronico

»Paniagua Suárez, R. E. (2013, marzo). ¿Qué es un problema de salud pública? Universidad de Antioquia.

»Quintero, A. H., Perez, V. B., Giraldo, C. A., y Estrada, I. A. (2024). Efectividad de los protocolos de fisioterapia para pacientes con dolor lumbar crónico. Una revisión sistemática. *Fisioterapia*, 46(2), 90-104. https://doi.org/10.1016/j.ft.2023.10.001

»Santiago-Bazán, C., y Calderón-Pantoja, M. M. (2022). Dolor lumbar asociado a la ansiedad y depresión en estudiantes de terapia física y rehabilitación de una universidad privada. *Revista Experiencia En Medicina del Hospital Regional Lambayeque*, 8(3). https://doi.org/10.37065/rem.v8i3.597

»Santos, C., Donoso, R., Ganga, M., Eugenin, O., Lira, F., y Santelices, J. P. (2020). Dolor lumbar: revisión y evidencia de tratamiento. *Revista Médica Clínica las Condes,* 31(5-6), 387-395. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.03.00805:42 PM

»Soto, A. J. C., Saaib, A. R. G., Bonilla, X. y T., Magdaleno, G. C., y Mercado, G. M. (2019). Diagnóstico de lumbalgia en estudiantes universitarios del área de salud en Tepic,

Nayarit. *Medicina Legal de Costa Rica*, 36(1), 43-53. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resourse/pt/biblio-1002556

»Ponce Martínez, M. del C. (2013). *Costo institucional del paciente con incapacidad temporal para el trabajo por lumbalgia mecánica.* Trabajo para obtener el diploma de la especialidad en Medicina Familiar. Universidad Autónoma de Querétaro-Facultad de Medicina, México.

»Williams, C. M., Henschke, N., Maher, C. G., Van Tulder, M. W., Koes, B. W., Macaskill, P., y Irwig, L. (2023). Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low-back pain. *Cochrane Library*, 2024, (1). https://doi.org/10.1002/14651858.cd008643.pub3

»World Health Organization (WHO) (2020). *World Health Organization: Physiotherapy.* Recuperado de https://www.who.int

Derechos de Autor © 2025 por Irvin Arael Serrano Vale

Este texto está protegido por una licencia Creative Commons 4.0 https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es. Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato — y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de: Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.