

A watercolor illustration of a person's back and neck, rendered in soft, blended colors of orange, yellow, and green. The person is shown from the back, with their head tilted slightly to the right. The background is a light, textured white. The text "KNOW LOW BACK PAIN" is overlaid in the center in a bold, white, sans-serif font.

**KNOW  
LOW BACK  
PAIN**



# Comité de Desarrollo

---

**Mario H. Cardiel, MD, MSc**  
Rheumatologist  
Morelia, Mexico

**Supranee Niruthisard, MD**  
Pain Specialist  
Bangkok, Thailand

**Jose Antonio San Juan, MD**  
Orthopedic Surgeon  
Cebu City, Philippines

**Andrei Danilov, MD, DSc**  
Neurologist  
Moscow, Russia

**Germán Ochoa, MD**  
Orthopedist  
Bogotá, Colombia

**Ammar Salti, MD**  
Consultant Anesthetist  
Abu Dhabi, United Arab Emirates

**Smail Daoudi, MD**  
Neurologist  
Tizi Ouzou, Algeria

**Milton Raff, MD, BSc**  
Consultant Anesthetist  
Cape Town, South Africa

**Xinping Tian, MD**  
Rheumatologist  
Beijing, China

**João Batista S. Garcia, MD, PhD**  
Anesthesiologist  
São Luis, Brazil

**Raymond L. Rosales, MD, PhD**  
Neurologist  
Manila, Philippines

**Işin Ünal-Çevik, MD, PhD**  
Neurologist, Neuroscientist and  
Pain Specialist  
Ankara, Turkey

**Yuzhou Guan, MD**  
Neurologist  
Beijing, China



# Objetivos de Aprendizaje

---

- Al terminar este módulo, los participantes podrán :
  - Discutir la prevalencia de la lumbalgia aguda y crónica
  - Entender el impacto de la lumbalgia en el funcionamiento y calidad de vida del paciente
  - Usar herramientas apropiadas para el diagnóstico de lumbalgia
  - Identificar señales de advertencia y de alarma que indiquen que el paciente debe ser referido o que indiquen investigación adicional
  - Explicar los mecanismos subyacentes de diferentes tipos de lumbalgia
  - Seleccionar estrategias farmacológicas y no-farmacológicas apropiadas para el manejo de lumbalgia

---

# **EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO**



---

# Visión General





# Clasificación de Lumbalgia por Signos y Síntomas

## Lumbalgia No-específica (85% de los casos)

- Se irradia a los glúteos
- Dolor difuso
- Maniobra no-específica para aumentar o reducir el dolor

## Radicular (7% de los casos)

- El dolor se irradia debajo de la rodilla
- Unilateral (Herniación de Disco)
- Bilateral (estenosis espinal)
- Empeora al sentarse
- Mejora al recostarse y las rodillas se doblan para reducir la tensión en el nervio ciático

## Señales de Alarma Preocupantes

- Trauma mayor
- Edad >50 años
- Fiebre persistente
- Historia de cáncer
- Trastorno metabólico
- Debilidad muscular mayor
- Anestesia en silla de montar
- Tono de esfínter disminuido
- Dolor nocturno incesante



# Criterios de la Clasificación Clínica para Sospecha de Dolor Neuropático

<b>Dolor Neuropático</b> <i>Definitivo</i>	<p><b>Dolor en un área neuroanatómica y que cumple con cuando menos dos de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menor sensibilidad en toda o parte del área dolorosa</li><li>• Enfermedad actual o previa que se sabe causó una lesión nerviosa relevante para el dolor</li><li>• Lesión nerviosa confirmada por neurofisiología, cirugía o neuroimagen</li></ul>
<b>Dolor Neuropático</b> <i>Posible</i>	<p><b>Dolor en un área neuroanatómica y que cumple con cuando menos dos de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menor sensibilidad en toda o parte del área dolorosa</li><li>• Etiología desconocida</li><li>• Enfermedad actual o previa que se sabe causó dolor nociceptivo o neuropático relevante para el dolor</li><li>• Dolor que se irradia o paroxismos</li></ul>
<b>Dolor Neuropático</b> <i>Improbable</i>	<p><b>Dolor que cumple con cuando menos dos de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor localizado en un área no-neuroanatómica</li><li>• Enfermedad actual o previa que se sabe causó dolor nociceptivo en la área dolorosa</li><li>• Sin pérdida sensorial</li></ul>

# Reconociendo el Dolor Neuropático

Estar alerta sobre los descriptores verbales comunes de dolor neuropático.



*Quemante*



*Hormigueo*



*Piquetes*



*Como descarga eléctrica*



*Entumecimiento*

- Existen varias herramientas de evaluación de dolor neuropático
- Las herramientas se basan mayormente en descriptores verbales comunes del dolor, aunque algunas pruebas también incluyen pruebas físicas
- La selección de la herramienta puede basarse en la facilidad de uso



# Herramientas de Evaluación de Dolor Neuropático

	LANSS	DN4	NPQ	painDETECT	ID dolor	
<i>Síntomas</i>						
Punzadas, hormigueo, piquetes	} X					
Como descarga eléctrica o intenso						
Caliente o Urente						
Entumecimiento		X	X	X	X	
de	<b>Seleccione la herramienta(s) con base en <i>la facilidad de uso y validación en el idioma local</i></b>					X
de						
<i>Examen clínico</i>						
Alodinia al roce	} X					
Umbral elevado al toque suave						
Umbral del dolor al pinchazo						X

Las Herramientas de Evaluación de Dolor Neuropático dependen en gran medida de los descriptores verbales del dolor

Algunas herramientas de evaluación incluyen también pruebas físicas



# Las “Señales de Alarma” Requieren Investigación y/o Referencia Inmediata

Padecimiento Potencial	Señales de alarma
Cáncer	<ul style="list-style-type: none"><li>• Historia personal de cáncer</li><li>• Pérdida de peso</li><li>• Edad &gt;50 años</li></ul>
Infección	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fiebre</li><li>• Uso de drogas IV</li><li>• Infección reciente</li></ul>
Fractura	<ul style="list-style-type: none"><li>• Osteoporosis</li><li>• Uso de esteroides</li><li>• Trauma</li><li>• Mayor edad</li></ul>
Déficit neurológico focal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Síntomas progresivos o discapacitantes</li></ul>
Síndrome de cauda equina	<ul style="list-style-type: none"><li>• Retención urinaria</li><li>• Déficit motor multinivel</li><li>• Incontinencia fecal</li><li>• Parestesia en silla de montar</li></ul>



# Use Señales de Alarma para Descartar Enfermedad Subyacente Grave (1% de los pacientes)

**Una señal de alarma no es suficiente para sugerir una patología subyacente grave.**

- Pacientes <20 años o >55 años de edad que experimentan dolor de espalda por primera vez
- Pacientes que experimentan dolor considerablemente diferente de episodios previos
- Dolor que es constante con el tiempo y no desaparece durante el sueño
- Malestar general y condición general pobre
- Lesiones traumáticas, tumores, uso de esteroides o uso incorrecto de inmunosupresores
- Compromiso neurológico
- Deformidad de la columna
- Rigidez matutina pronunciada que dura más de 1 hora y/o alta tasa de sedimentación eritrocítica



# Pacientes en Riesgo de Desarrollar Dolor Crónico

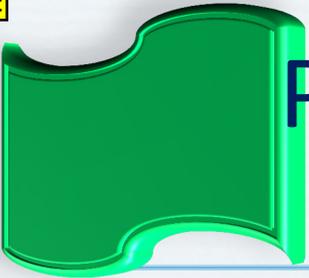
**Las señales de alerta son características del paciente que pueden indicar problemas a largo-plazo que requieren la atención del médico, particularmente en términos de volver a trabajar.**

- Actitud pesimista hacia el dolor, temor excesivo al movimiento y la actividad y poca esperanza de mejora
- Problemas relacionados con el trabajo (ej: insatisfacción, conflictos)
- Problemas emocionales (ej: depresión, ansiedad, preocupación)
- Dolor generalizado (ej: cefalea, fatiga, mareo)
- Deseo de tratamiento pasivo, poca habilidad para ser proactivo
- Episodios previos de lumbalgia seguidos por un periodo de tiempo prolongado



# Señales de Alerta Psicosociales en Pacientes con Lumbalgia

Señal de Alerta	Ejemplos
<b>Afecto</b>	Ansiedad, depresión, sentimientos de inutilidad, irritabilidad
<b>Comportamiento</b>	Estrategias de respuesta adversas, deterioro del sueño causado por el dolor, actitud pasiva al tratamiento, abandono de actividades
<b>Social</b>	Historia de abuso sexual, físico o abuso de drogas, falta de apoyo, edad avanzada, familia sobreprotectora
<b>Laboral</b>	Expectativa de que el dolor aumentará al volver a trabajar, litigio pendiente, problemas con compensaciones o reclamos de trabajadores, pobre satisfacción con el trabajo, ambiente laboral carente de apoyo
<b>Creencias</b>	Piensa “lo peor,” el dolor es perjudicial o incontrolable, o debe ser eliminado antes de volver a las actividades o el trabajo



# Pacientes con Buenas Señales con Lumbalgia

**Buenas Señales son características de un paciente con un buen pronóstico y recuperación rápida espontánea.**

- Buena condición general
- Corta duración de los síntomas
- Sin enfermedad de la raíz nerviosa
- Ausencia de señales de alerta y señales de alarma

# Exámenes Clínicos y Pruebas Diagnósticas para el Diagnóstico de Lumbalgia

Examen clínico	Pruebas Diagnósticas
<b>Historia clínica</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mapeo de dolor</li><li>• Herramientas de evaluación</li></ul>	<b>Pruebas neurofisiológicas</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estudios de conducción nerviosa</li><li>• Electromiografía</li><li>• Potenciales evocados</li></ul>
<b>Examen neurológico</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfoque en el sistema somatosensorial</li></ul>	<b>Imágenes del SNC</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• TC</li><li>• IRM</li><li>• Otras (ej: termografía, bloqueos diagnósticos)</li></ul>



# Diagnóstico de Lumbalgia

---

- Historia clínica
- Evaluación del dolor
- Examen Físico
- Exámenes complementarios

---

# Historia





# Evaluación del Dolor: Nemetécnico

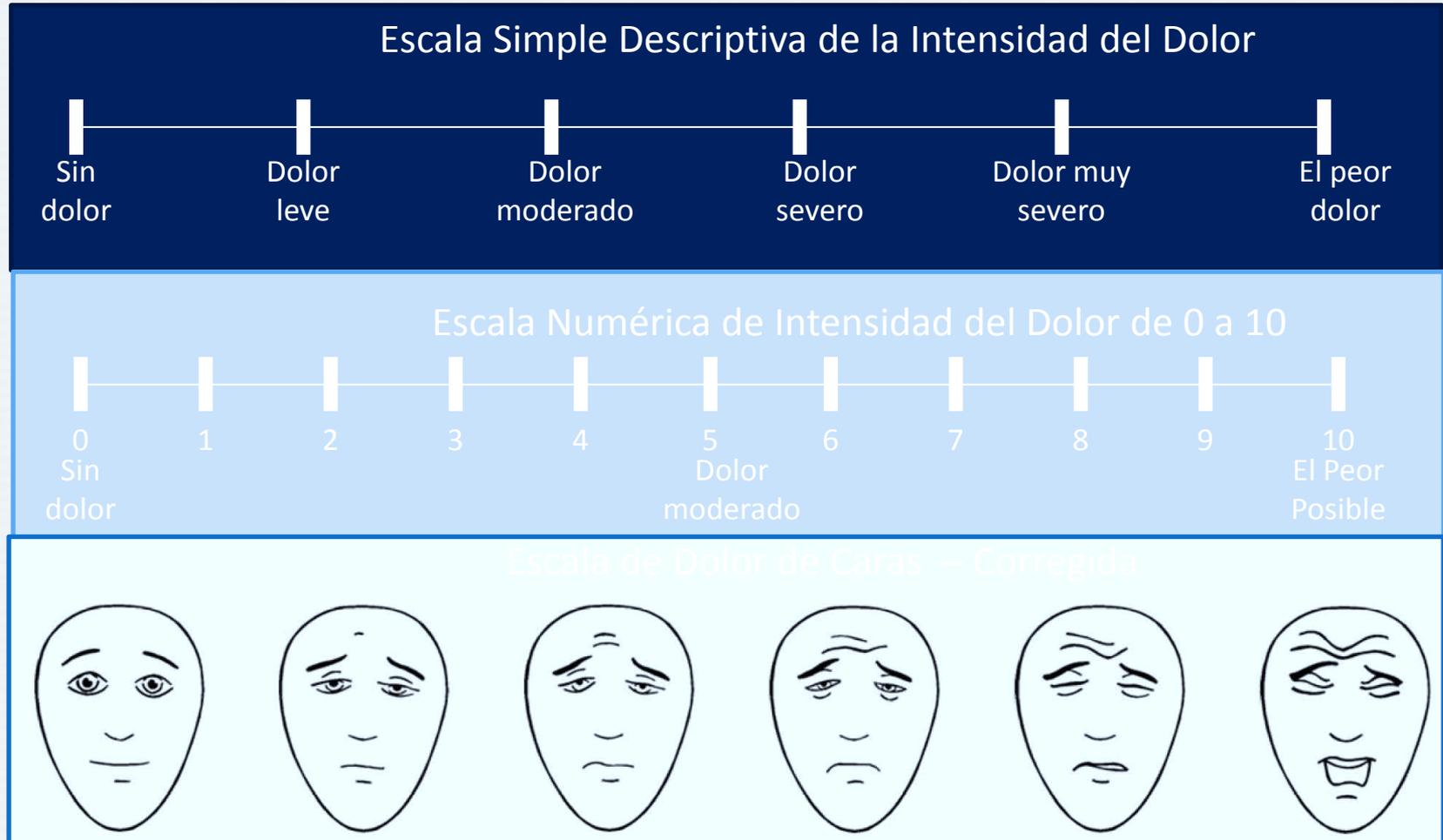
## PQRST

---

- factores **P**rovocativos y **P**aliativos
- **Q**uality (Calidad)
- **R**egión y **R**adiación
- **S**everidad
- **T**iempo, **T**ratamiento



# Determinar la Intensidad del Dolor

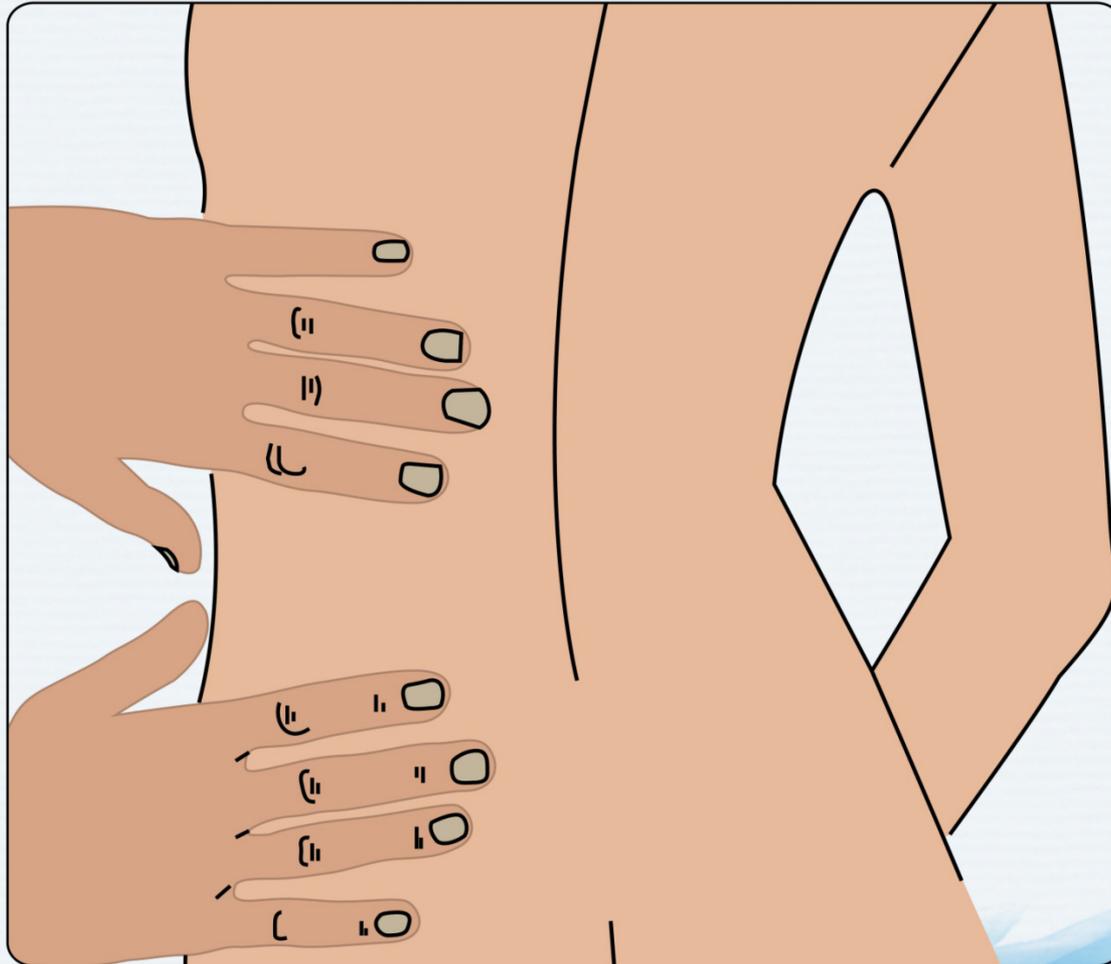


---

# Examen Físico

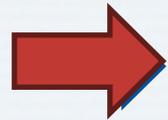


# Examen Físico para Lumbalgia

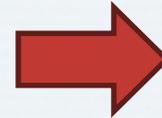


# Pruebas Sencillas para Dolor Neuropático

Presión manual ligera en la piel

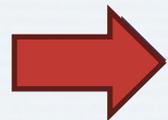


Dolor sordo

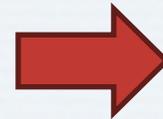


**ALODINIA**

Pinchazo manual ligero con un seguro o palillo con punta



Dolor superficial,  
agudo



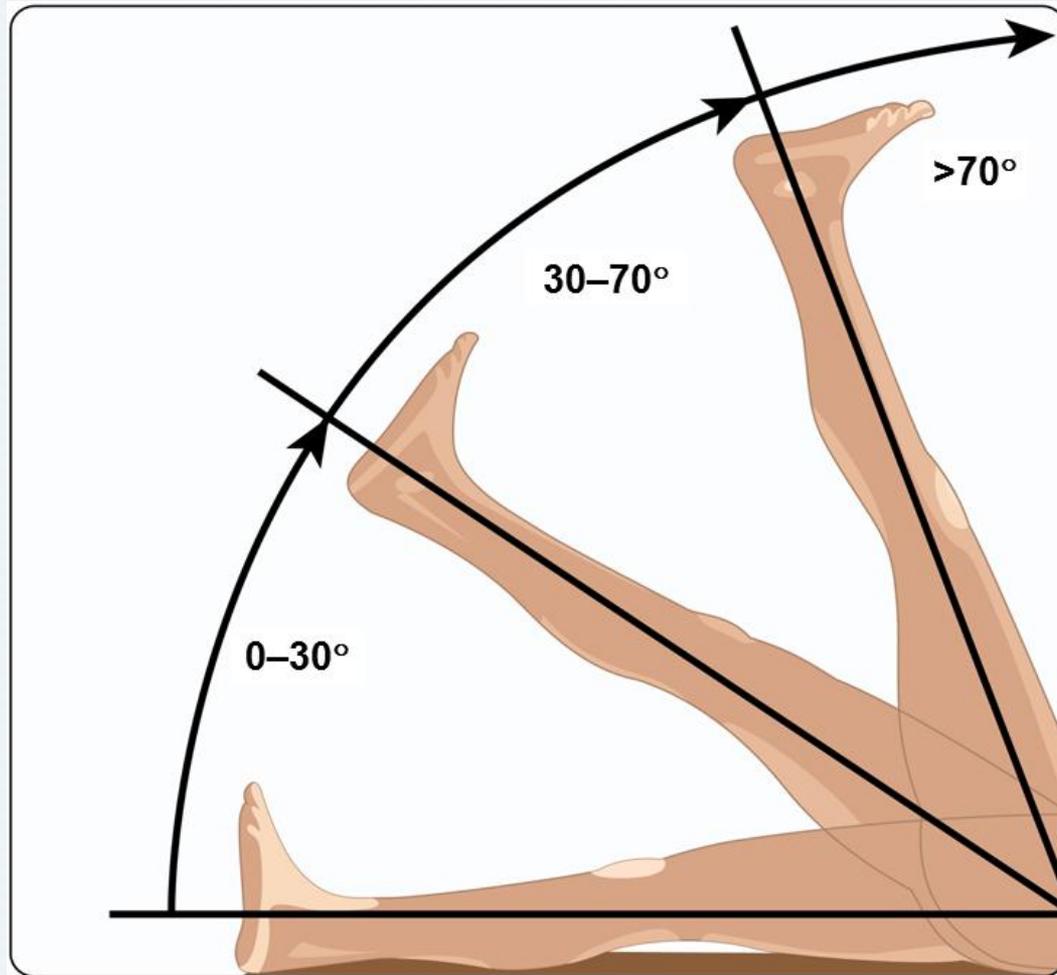
**HIPERALGESIA**



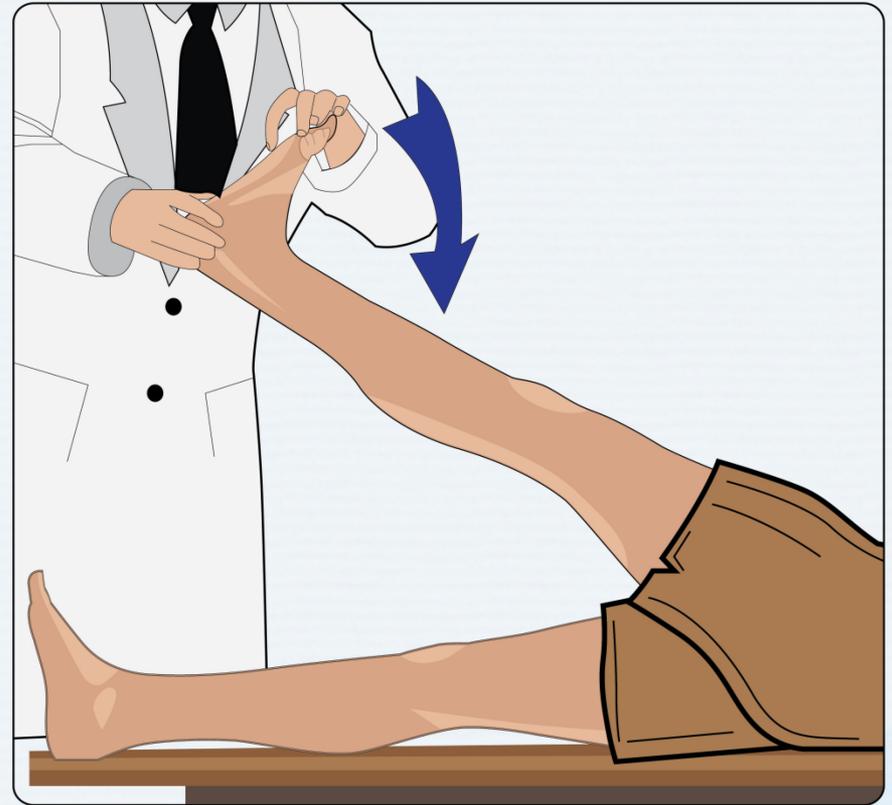
# Hallazgos del Examen Físico Asociados con Daño Específico a la Raíz Nerviosa

Raíz nerviosa	Músculo (movimiento)	Sensibilidad	Reflejos del tendón
L1	Región inguinal	Ingle	Cremáster
L2	Iliopsoas (flexor de la cadera)	Muslo anterior, ingle	Cremáster
L3	Cuadriceps (extensión de la pierna)	Muslo anterior y lateral	Rotular
L4	Cuadriceps, dorsiflexores del tobillo (caminar de talones)	Pie/tobillo-medio	Rotular
L5	Dorsiflexores del tobillo (dorsiflexión larga de dedo del pie)	Dorso del pie	Ninguno
S1	Gastrocnemio (gemelos) (caminar de puntas)	Pie/zona lateral plantar	Aquiles

# Prueba de Tensión Nerviosa (Prueba de Lasègue) para Lumbalgia



# Prueba de Tensión Nerviosa (Signo de Bragard) para Lumbalgia

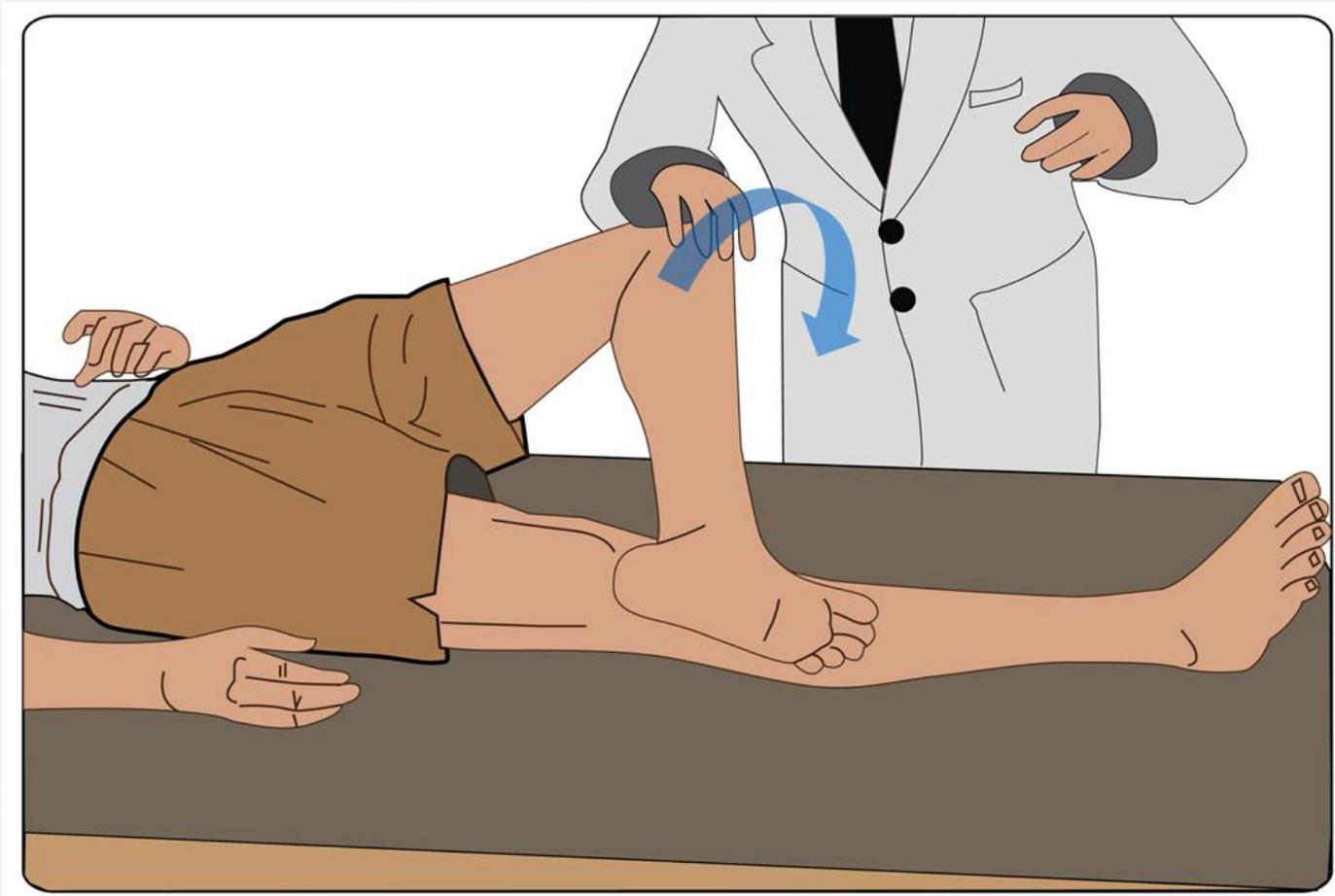


# Prueba de Tensión Nerviosa (Prueba de Lasègue Inversa) para Lumbalgia

---



# Prueba de Faber (Patrick) para Lumbalgia



# Flexión y Extensión Forzada (Prueba de Gaenslen) para Lumbalgia

---





# Escala Graduada de Reflejos Miotáticos

---

Respuesta	Puntaje
Ninguna	0
Ligeramente disminuida	1/+
Normal	2/++
Más intensa de lo normal	3/+++
Sobre-excitación (clonus)	4/++++

# Examen FAIR para Síndrome Piriforme



**FAIR = flexión, aducción, y rotación interna**

Levin KH et al (eds). *Neck and Low Back Pain*. Continuum; New York, NY: 2001.

# Signos de Freiberg para Síndrome Piriforme

---





# Signo de Pace para Síndrome Piriforme



---

# Imágenes y Otras Pruebas





# Radiografías Simples para Lumbalgia

---

- Recomendadas para la evaluación inicial de posible fractura vertebral por compresión en pacientes de alto riesgo seleccionados
- No existen guías disponibles para estrategias óptimas de imágenes para Lumbalgia de más de 1–2 meses sin síntomas que sugieran radiculopatía o estenosis espinal
  - Las radiografías simples pueden ser una opción inicial razonable
- La termografía y la prueba electrofisiológica no son recomendadas para la evaluación de lumbalgia no-específica



# TC o IRM para el Diagnóstico de Lumbalgia

---

- Se recomiendan las pruebas diagnósticas con IRM o TC en presencia de déficits neurológicos severos o progresivos o sospecha de un padecimiento subyacente grave
  - El diagnóstico y tratamiento retardados están asociados con resultados más pobres
- IRM es generalmente preferida sobre TC
  - IRM no usa radiación ionizante
  - IRM brinda mejor visualización de tejidos blandos, médula vertebral y canal espinal

# Criterios de Indicación ACR para Imágenes para Lumbalgia

Criterios	Recomendación
Lumbalgia aguda no complicada	Estudios de imágenes usualmente <b>no</b> apropiados
Trauma de baja velocidad, osteoporosis o edad >70 años	IRM de columna lumbar <b>sin</b> contraste usualmente apropiada
Lumbalgia y/o radiculopatía en candidato para cirugía o intervención	
Sospecha de cáncer, infección o inmunosupresión	IRM de columna lumbar <b>con</b> y <b>sin</b> contraste usualmente apropiada
Cirugía lumbar previa	
Síndrome de cauda equina	



# Los Factores de Riesgo o Señales de Alarma Pueden Dirigir los Estudios de Imágenes para Lumbalgia Mecánica

Lumbalgia Mecánica (90%)	Imágenes
Tensión músculo-esquelética 1. Ligamento 2. Músculo 3. Fascia 4. Embarazo y dolor anillo pélvico posterior	▪ N/A
Disco herniado 1. Núcleo pulposo herniado 2. Pinzamiento de los nervios de salida	▪ IRM
Causas discogénicas de dolor 1. Reemplazo de tejido elástico con tejido fibroso 2. Desgarres y degeneración de disco	▪ IRM
Degeneración facetaria 1. Degeneración y calcificación de articulación facetaria 2. Disminución de movimiento de articulación facetaria	▪ Radiografías simples ▪ IRM ▪ exploración TC
Estenosis espinal	▪ CT y IRM igual
Espondilolistesis/espondilolololisis	▪ Radiografías simples
Escoliosis >25°	▪ Radiografías simples
Fractura osteoporótica	▪ Radiografías simples

TC = tomografía computarizada; IRM = imágenes por resonancia magnética; N/A = no aplicable

Adaptado de: Jarvik JG, Deyo RA. *Ann Intern Med* 2002; 137(7):586-97.



# Los Factores de Riesgo o Señales de Alarma Pueden Dirigir los Estudios de Imágenes

## Lumbalgia No-Mecánica

Lumbalgia No-Mecánica (1%)	Imágenes
Neoplasia 1. Mieloma múltiple 2. Linfoma y leucemia 3. Tumores de la médula espinal 4. Tumores retroperitoneales 5. Tumores retroperitoneales 6. Osteoma	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Radiografías simples</li><li>▪ IRM</li><li>▪ Radionucleido</li></ul>
Inyección 1. Osteomielitis 2. Disquitis 3. Absceso epidural o paraespinal 4. Herpes	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Radiografías simples</li><li>▪ IRM</li></ul>
Artritis inflamatoria (HLAB27) 1. Espondilitis anquilosante 2. Espondilitis Psoriática 3. Síndrome de Reiter 4. Enfermedad inflamatoria intestinal	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Radiografías simples</li><li>▪ exploración TC</li></ul>
Enfermedad de Scheuermann (osteocondrosis)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Radiografías simples</li></ul>
Enfermedad de Paget	

TC = tomografía computarizada; IRM = imágenes por resonancia magnética

Adaptado de: Jarvik JG, Deyo RA. *Ann Intern Med* 2002; 137(7):586-97.



# Los Factores de Riesgo o Señales de Alarma Pueden Dirigir los Estudios de Imágenes para Lumbalgia Debido a Enfermedad Visceral

Enfermedad Visceral (2%)	Imágenes
Enfermedades de órganos pélvicos 1. Prostatitis 2. Endometriosis 3. Enfermedad inflamatoria pélvica crónica	▪ N/A
Enfermedad renal 1. Nefrolitiasis 2. Pielonefritis 3. Absceso Periférico	▪ Pielograma intravenoso ▪ Ultrasonografía
Vascular 1. Aneurisma aórtico	▪ IRM Ultrasonografía con contraste
Enfermedad gastrointestinal 1. Pancreatitis 2. Colecistitis 3. Úlcera penetrante	

**IRM = imágenes por resonancia magnética; N/A = no aplicable**

Adaptado de: Jarvik JG, Deyo RA. *Ann Intern Med* 2002; 137(7):586-97.

---

# Diagnóstico

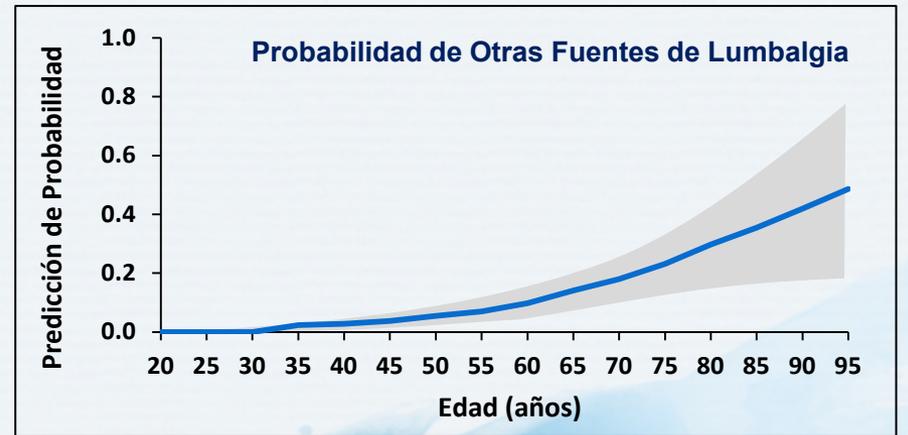
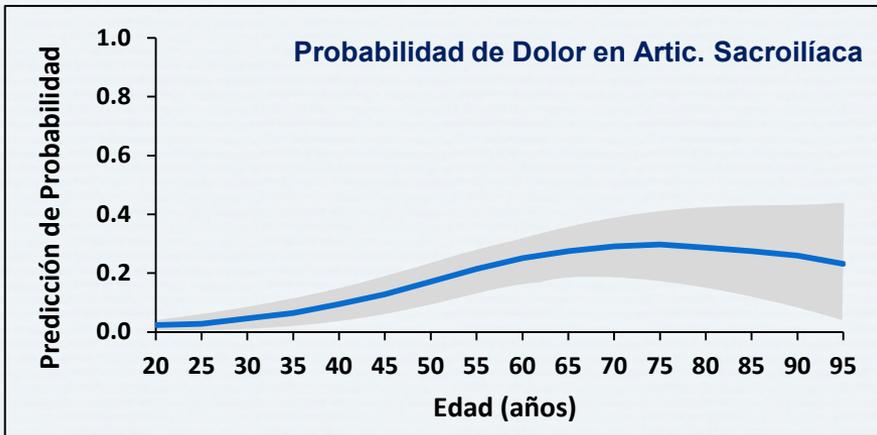
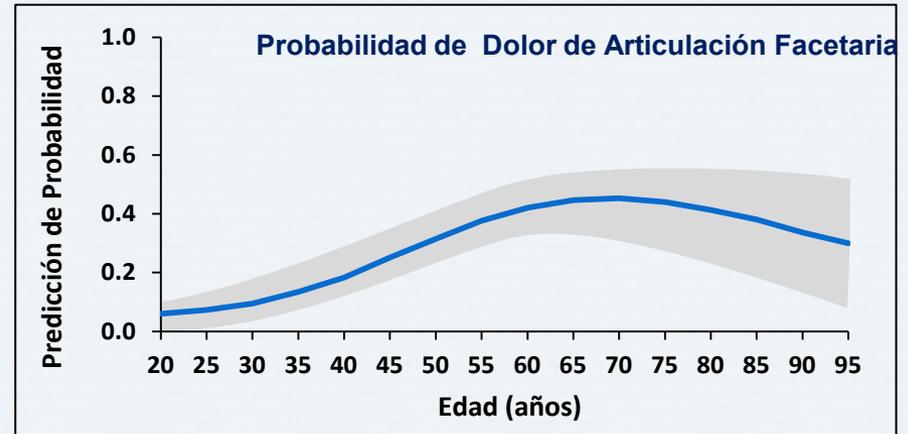
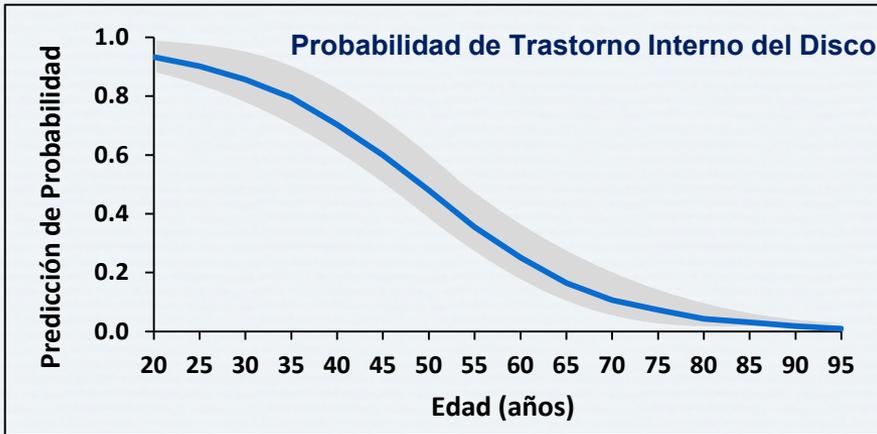


# Diagnóstico Diferencial de Lumbalgia Aguda

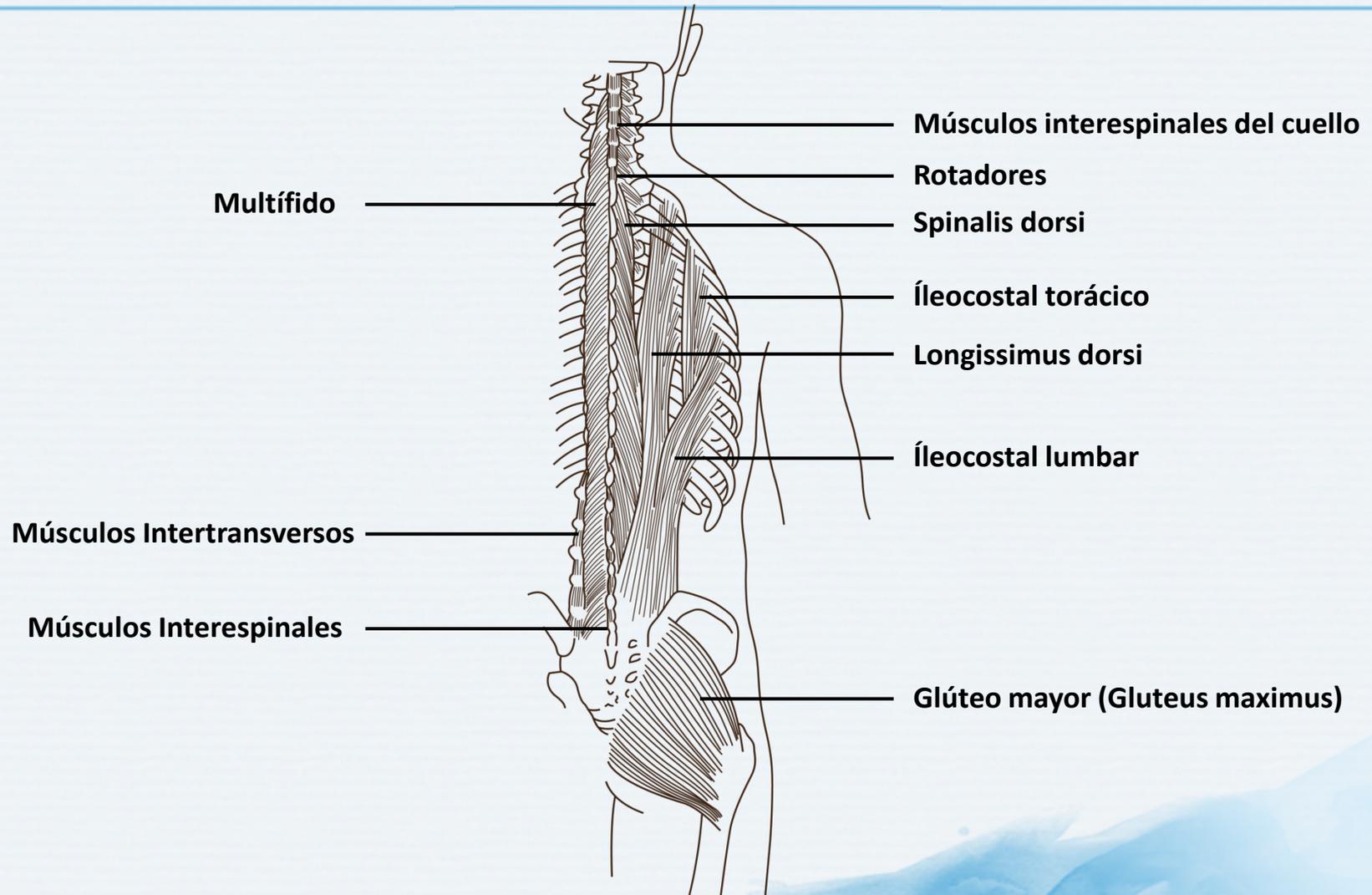
Intrínseco columna vertebral	Sistémico	Referido
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fractura de compresión</li><li>• Distensión/esguince lumbar</li><li>• Disco herniado</li><li>• estenosis espinal</li><li>• Espondilolistesis</li><li>• Espondilolisis</li><li>• Espondilosis (enfermedad degenerativa de disco o articulación facetaria)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Malignidad</li><li>• Infección (disquitis vertebral/osteomielitis)</li><li>• Enfermedad de tejido conectivo</li><li>• Espondiloartropatía inflamatoria</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Padecimientos gastrointestinales(pancreatitis, enfermedad por úlcera péptica, colecistitis)</li><li>• Padecimientos pélvicos (endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, prostatitis)</li><li>• Padecimientos retroperitoneales (cólico renal, pielonefritis)</li><li>• Herpes zoster</li></ul>

**¡Cuando sea posible, es importante identificar y tratar las causas subyacentes del dolor!**

# Probabilidades Relacionadas con la Edad de Trastorno Interno del Disco, Dolor de Articulación Facetaria o Sacroilíaca y Otras Fuentes de Lumbalgia



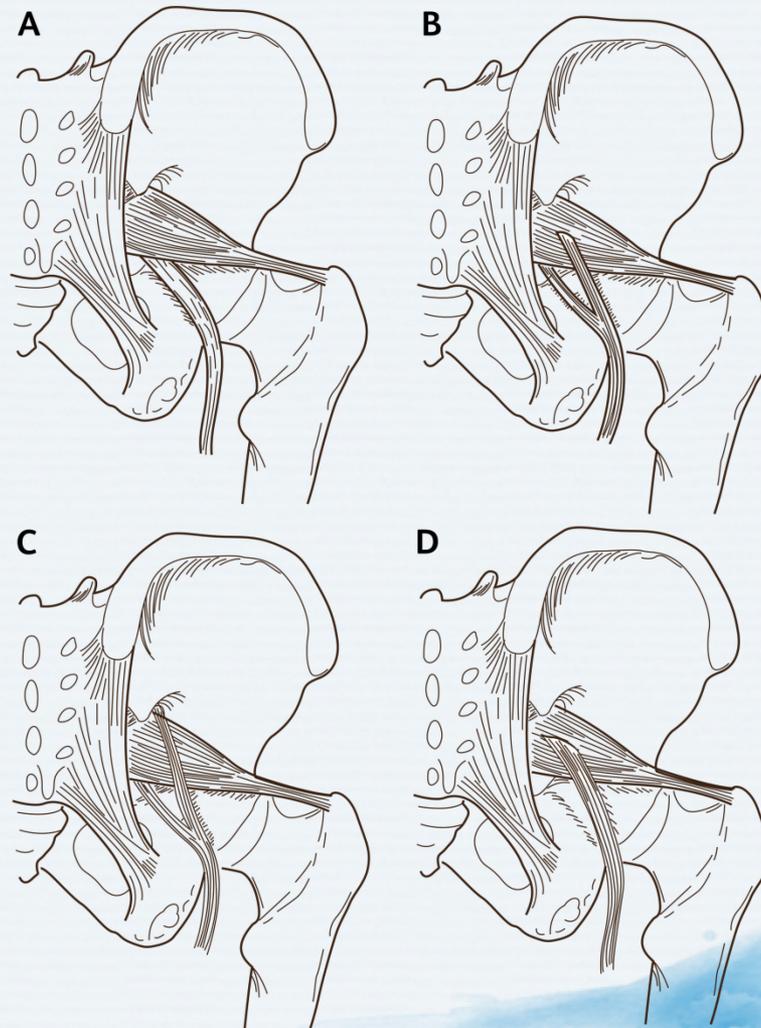
# Sitios Potenciales de Dolor Muscular



# Padecimientos del Tejido Blando que Generan Lumbalgia

Padecimiento del tejido blando	Características clínicas	Patrón de dolor
Síndrome de dolor miofascial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nodularidad similar a una cuerda en el examen físico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espalda baja, glúteos, muslos (localizado o regional)</li> </ul>
Lesión del musculo paraespinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atrofia muscular en IRM, ultrasonido y TC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espalda baja</li> </ul>
Lesión al cuadrado lumbar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Flexión y rotación lumbar disminuida y dolorosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Costado, Espalda baja, glúteos, cadera lateral</li> </ul>
Síndrome doloroso del abductor de la cadera	<ul style="list-style-type: none"> <li>Músculos glúteos sensibles laterales a la espina ilíaca posterior-superior</li> <li>Debilidad del músculo abductor de la cadera</li> <li>Signo Trendlenburg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Glúteos, aspecto lateral del muslo</li> </ul>
Bursitis del psoas	<ul style="list-style-type: none"> <li>El movimiento más doloroso es la abducción pasiva en flexión</li> <li>La apariencia en el ultrasonido músculo-esquelético es consistente con inflamación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingle, muslo anterior, rodilla, pierna</li> </ul>
Bursitis del trocánter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Signo de “salto” positivo secundario a presión con el pulgar sobre la cresta más prominente del trocánter mayor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pseudoradiculopatía: el dolor no se extiende distal a la tibia proximal (inserción del tracto ilirotibial en el tubérculo de Gerdy)</li> </ul>
Bursitis glútea	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dolor a la:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Rotación pasiva externa y abducción pasiva</li> <li>Abducción pasiva y rotación externa resistida o abducción resistida</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Región glútea y trocantérea, en ocasiones diseminándose a la parte externa o posterior del muslo y hacia la pantorrilla y maléolo lateral</li> </ul>
Bursitis isquiática	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilidad local en la tuberosidad isquial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Glúteos</li> </ul>
Atrapamiento del nervio cluneal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución del dolor con bloqueo del nervio a nivel local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unilateral, cresta ilíaca y glúteos</li> </ul>

# Variación Anatómica de Raíz Nerviosa Ciática y Síndrome Piriforme



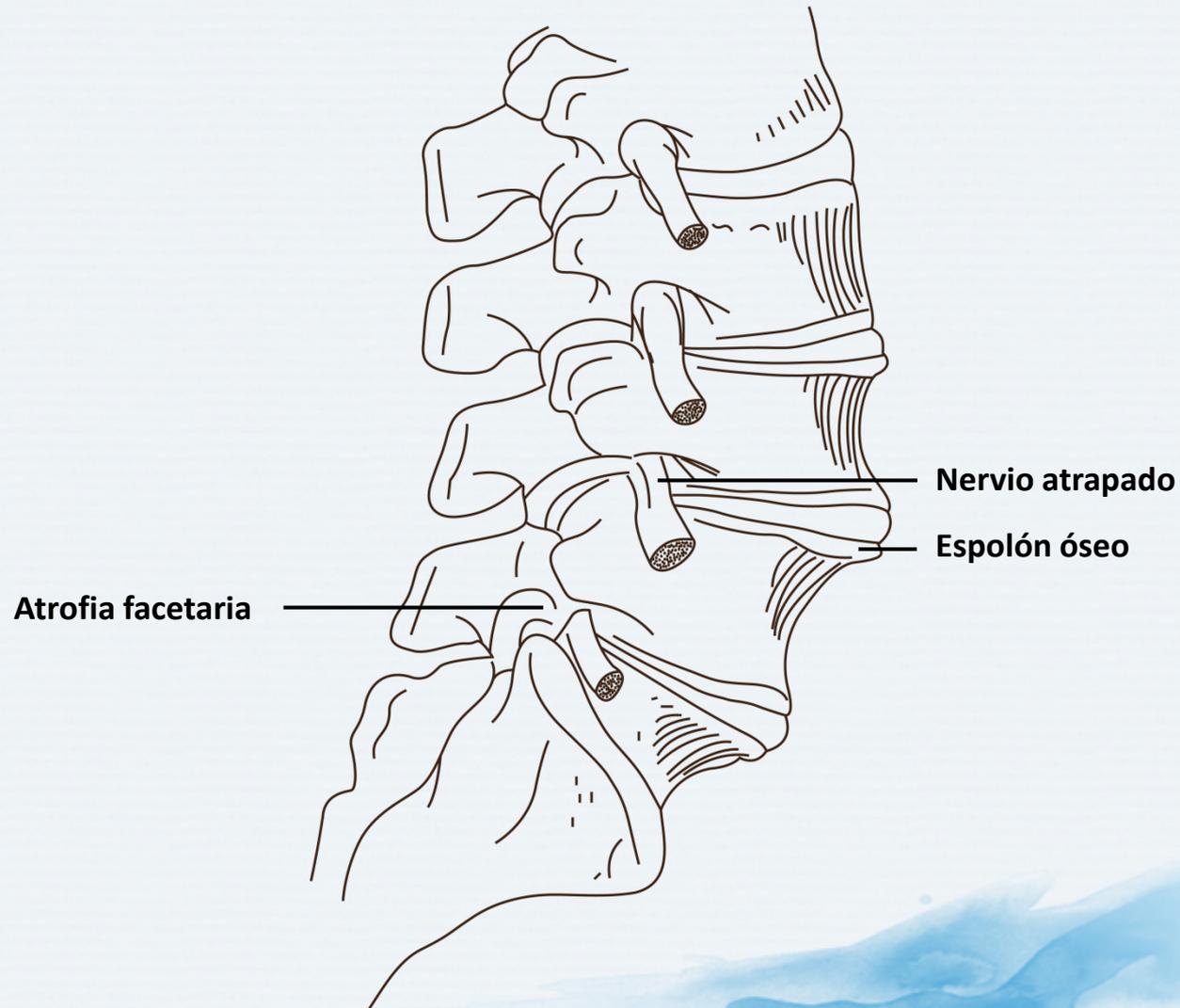


# Síntomas del Síndrome Piriforme

---

- Dolor en glúteos
- Lumbalgia
- Dolor que se agrava al sentarse, caminar o caminar sobre pendientes
- Sensibilidad interna y externa
- Signos físicos más comunes
  - Elevación limitada de la pierna estirada
  - Signos de Lasègue positivo
  - Reflejos del tobillo y/o tendón de la corva disminuidos
  - Debilidad motora en miotomas L4-S1

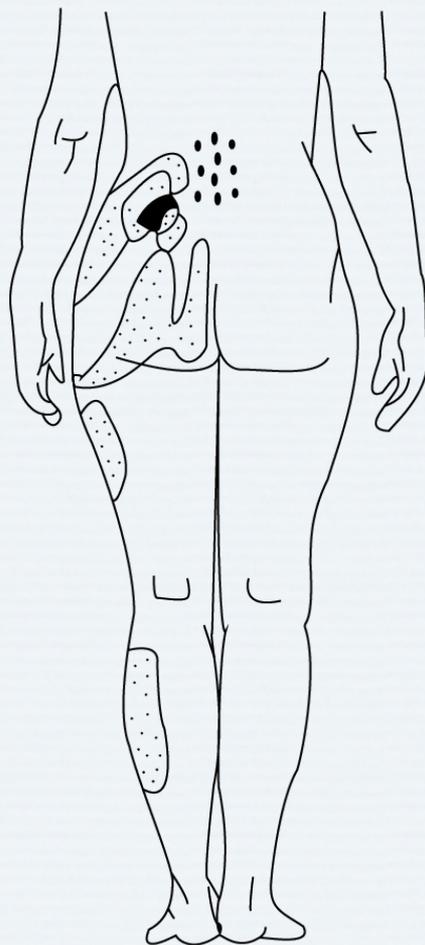
# Dolor Facetario (Osteoartritis)



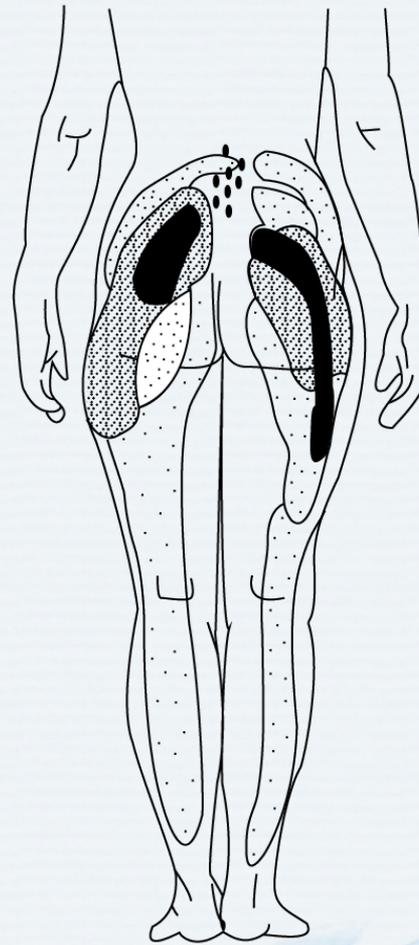


# Patrones De Referencia Del Dolor Producidos Por Inyecciones Intra-articulares De Solución Salina Hipertónica.

---



**Normal**



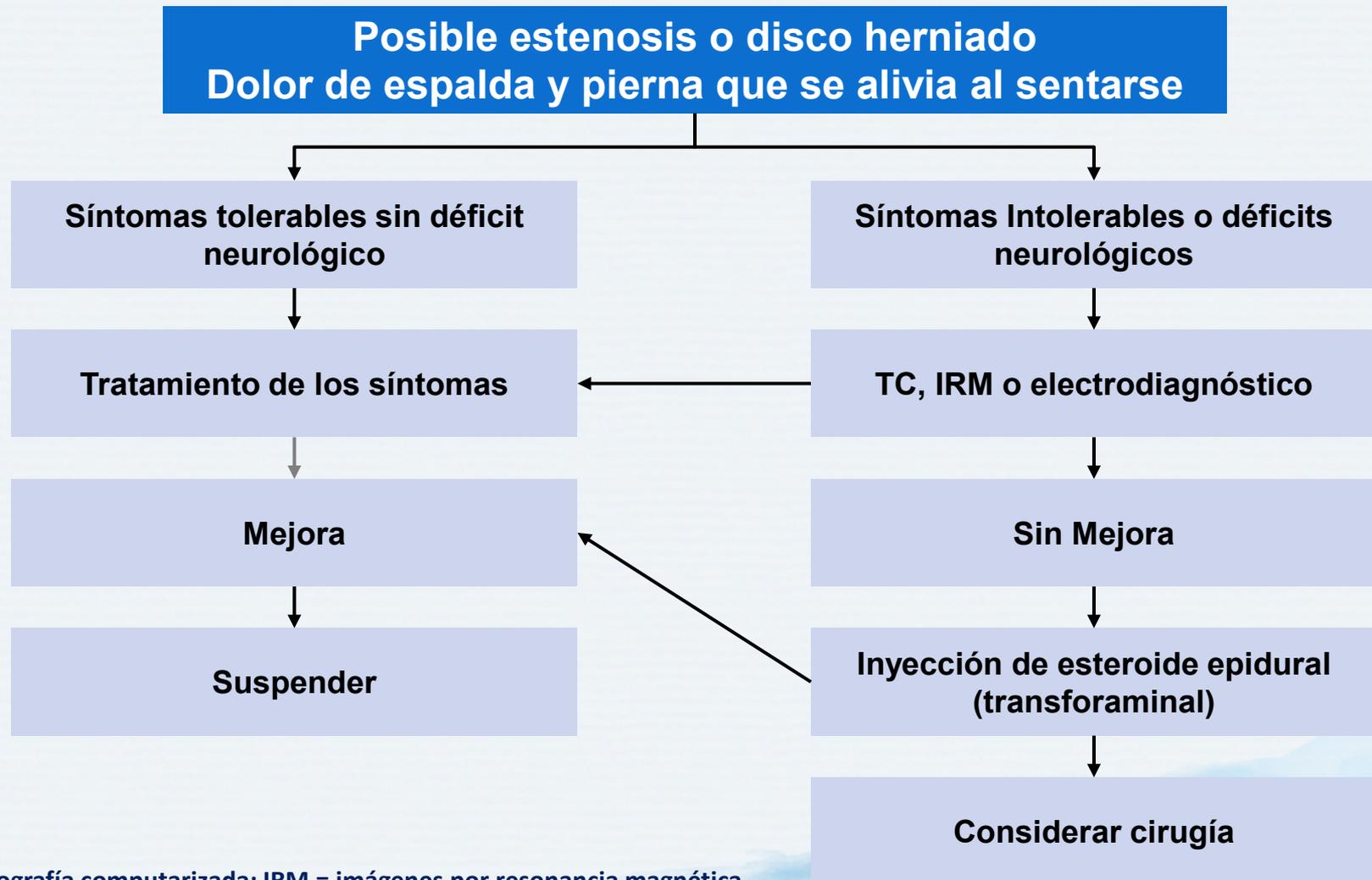
**Anormal**

# Clasificación de Neuropatías Periféricas

	HEREDADA	ADQUIRIDA "MINI"			
		Metabólica	Inmune	Neoplásica	Infecciosa
"Qué"	Motora o sensoriomotora poco común PNS	Sensorial > motor	Variable	Muy común PNS	
"Dónde"		Distal, simétrica	No distal, simétrica		
"Cuándo"		Insidiosa/inicio gradual, progresión lenta	Fecha definitiva de inicio, progresión más rápida		
"Qué entorno"	Historia familiar, deformidades de pie, úlceras de pie	¿Factores de riesgo, enfermedades o exposiciones?	¿Síntomas de vasculitis o enfermedad sistémica?	¿Síntomas de cáncer? ¿Paraproteïnemia?	¿Síntomas/riesgos de infección?
Diagnóstico diferencial	Charcot-Marie-Tooth/ Neuropatía motora sensorial hereditaria Neuropatía hereditaria con probabilidad de parálisis por presión	Diabética Urémica Alcohol Deficiencia de B12 Deficiencia de B1 Hipotiroidea Medicamentos	No-vasculítica: Síndrome de Guillain-Barré CIDP MMN Sarcoide De Sjogren Vasculítica: Poliarteritis nodosa Granulomatosis de Wegner Churg-Strauss SLE Artritis reumatoide	Paraneoplásica Paraproteïnemia (gammopatías monoclonales)	Hepatitis B y C Lyme VIH West Nile Sífilis Difteria Lepra

CIDP = Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica ; VIH= enfermedad de inmunodeficiencia humana;  
MMN = neuropatía motora multifocal; PNS = síndrome neurológico paraneoplásico; SLE = lupus eritematoso sistémico

# Algoritmo de Diagnóstico y Tratamiento de Ciática



---

# Resumen





# Evaluación y Diagnóstico de Lumbalgia: Resumen

---

- Es importante identificar la patofisiología subyacente del dolor en pacientes que presentan lumbalgia
  - Los descriptores verbales y las herramientas de evaluación pueden ayudar a identificar a pacientes con un componente neuropático de dolor
- Las **Señales de alarma** que requieren acción inmediata deben ser evaluadas en todos los pacientes que presentan lumbalgia
- Las **Señales de advertencia** pueden ayudar a identificar a los sujetos en riesgo de dolor crónico