

II taller nacional científico metodológico de profesores de la educación médica  
Policlínico Docente Cristóbal Labra | Del 9 al 30 de septiembre 2024



**CENCOMED (Actas del Congreso),educienciapdccl2024, (septiembre 2024) ISSN 2415-0282**

## **Manejo del dolor de espalda por el médico en la comunidad**

**Dra. Carmen Rosa Chelala Friman<sup>1</sup>. ID ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5322-4695>**

**Dr. Jorge Grey Galán<sup>2</sup>**

**Dr. Eranio Henríquez Ruiz<sup>3</sup>. ID ORCID <https://orcid.org/0009-0004-1748-5195>**

<sup>1</sup>Especialista de Segundo Grado en Ortopedia y Traumatología. Máster en Medicina Bioenergética y Natural y Educación Médica. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital Clínico Quirúrgico de Holguín.

<sup>2</sup>Especialista de Segundo Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Auxiliar y Consultante. Hospital Pediátrico de Holguín.

<sup>3</sup>Especialista de Primer Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Instructor. Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología. Jefe de la Cátedra de Ortopedia y Traumatología en la Universidad Médica de Holguín. Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Íñiguez Landín” de Holguín.

### **Resumen**

En nuestra experiencia durante los años en Atención Primaria de Salud (APS), hemos sido testigos de que las enfermedades que causan dolor de espalda también causan motivo de consulta frecuente en las áreas de salud, esto ha motivado a hacer una revisión profunda y detallada del tema y valorar todas las posibles entidades que causan dicho síntoma y así impartir desde nuestra sencilla experiencia algunas recomendaciones, o mejor dicho un intercambio con los médicos de familia.

### **Manejo del dolor de espalda por el médico en la comunidad**

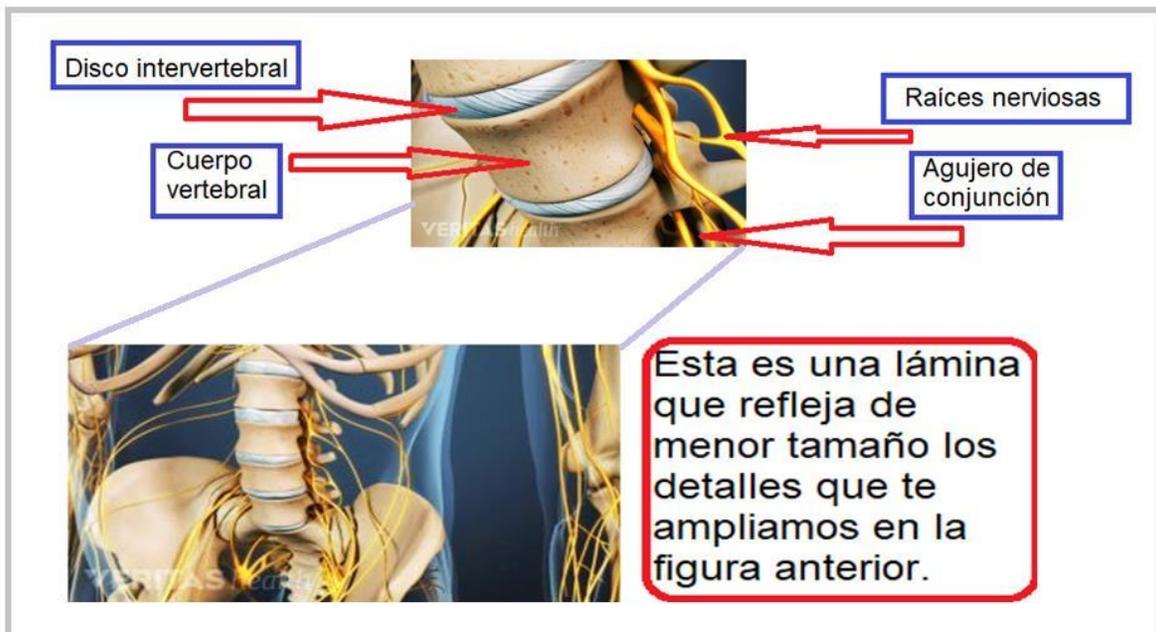
**Sacrolumbalgia.** Concepto, etiología, cuadro clínico, exámenes complementarios, diagnóstico positivo y diferencial, tratamiento.

**Objetivos del tema.**

- Realizar el diagnóstico sindrómico y nosológico de las afecciones de la columna vertebral más frecuentes en adultos y en niños.

- Indicar e interpretar los exámenes complementarios que se utilizan en el estudio de la sacrolumbalgia como síntoma.
- Orientar la conducta a seguir en los pacientes con afecciones dolorosas de la columna vertebral.

La **columna lumbar baja** es una región anatómica donde están presente los elementos del sistema osteomioarticular (músculos, huesos y articulaciones), que al superponerse las vértebras y formarse los agujeros de conjunción por estos emergen las raíces de los nervios espinales, que en la zona lumbar baja que es la que nos ocupa van a formar los plexos lumbar y sacro, que van de la parte inferior de la espalda a las piernas y los pies, en la columna también podemos ver materializados todos los tipos de articulaciones desde fibrosas, cartilaginosas y sinoviales, entre las articulaciones cartilaginosas, para ejemplificar tenemos los discos intervertebrales con sus núcleos pulposos que es una articulación cartilaginosa tipo sínfisis y para que retroalimientes quiero recordarte que el núcleo pulposo es el único vestigio que queda en nuestro organismo de la vida embrionaria.



Aunque la lumbalgia es extremadamente común, sus síntomas y su gravedad pueden variar mucho. Por ejemplo, una simple distensión muscular lumbar puede ser tan intensa que requiere una visita a la sala de urgencias, mientras que una degeneración discal podría no causar más que molestias leves e intermitentes.

El primer paso para aliviar el dolor de manera eficaz es identificar los síntomas y diagnosticar correctamente la causa de fondo.

Es un síntoma y a la vez es el síndrome lumbálgico o sacrolumbalgia.

Como síntoma la lumbalgia es el debut o forma parte de algunas entidades ajenas a la columna lumbar baja, por lo que esto tenemos que tenerlo en cuenta cuando a nuestra consulta de Ortopedia y Traumatología llega un paciente aquejado de **dolor lumbar**.

Siempre se dice que todos aquellos órganos que se sitúan por debajo del diafragma cuando enferman uno de sus síntomas puede ser el **dolor lumbar bajo**.

Lo expresado anteriormente nos hace comentar que no es absolutamente un **dolor lumbar** característico de entidad de columna vertebral, que podemos estar en presencia de otras afecciones no vertebrales cuyo síntoma cardinal es el **dolor lumbar bajo**, esto nos puede hacer pensar en: sistema urológico (en particular los riñones), el aparato genital femenino y la región retroperitoneal donde la irritación del plexo solar, en esta última, puede causar lumbalgia.

La lumbalgia puede ser también parte de un cuadro sistémico pero la propia enfermedad puede tener localización vertebral, entre estas enfermedades podemos incluir las enfermedades reumatoideas, la osteoartritis, la osteoporosis y la enfermedad de Paget, por solo citar algunos ejemplos, que más adelante veremos muchos más ejemplos.

El **interrogatorio** que usted dedica a un paciente con dolor de espalda lumbar baja debe ser detallado y explorar a través de este **interrogatorio** los detalles más finos que usted pudiera lograr con su entrevista, recuerde que con esta técnica bien empleada tiene la mitad del diagnóstico a su favor y a favor del paciente también, **se recomienda revisar en el libro de propedéutica del profesor Raimundo Llanio Navarro, la forma de hacer el interrogatorio.**

Entre los **factores epidemiológicos** que pueden estar relacionados con la lumbalgia tenemos:

- Sexo.
- Edad.
- Talla y peso.
- Fortaleza y flexibilidad de la musculatura de la espalda.
- País o región.
- Factores relacionados con el trabajo.
- Factores psicosociales.
- Flexo extensión repetida de la columna vertebral.
- Sentir molestias en la cama.
- Stress.
- Insatisfacción laboral.
- Sobrepeso.
- Tabaquismo.
- Torsión y rotación frecuente de la columna vertebral.
- Episodios previos de dolor de espalda algunos tipos de personalidad.
- Alta estatura.
- Esfuerzos, vibración, falta de potencia de resistencia o de entrenamiento de la musculatura de la espalda.
- Actitud ante el dolor influye en el riesgo de aparición sobre todo en su duración y en el riesgo que reaparezca.
- Sedentarismo.

Pueda que te parezca que se repiten algunos factores, pero si te das cuenta te los expresamos de otra forma, déjalos así te ampliarán tus posibilidades comunicativas.

La **edad del paciente**, por ejemplo en edades tempranas de la vida, infancia y adolescencia pensamos en escoliosis, cifosis y anomalías congénitas como la espina bífida, entre otras, ya en edades medias la frecuencia es a las discopatías, esto no quiere decir que tengamos que pensar en la hernia discal, ya después de la quinta década de la vida pensamos en enfermedades degenerativas de la columna vertebral como la osteoartritis y la espóndiloartrosis, entre otras, estas propuestas que te hago a través de estos ejemplos no necesariamente son las única causas de dolor lumbar.

La sacrolumbalgia es más frecuente en el sexo masculino, sin dejar de valorar aquellas mujeres que son amas de casa y hacen constantemente flexoextensión del raquis.

Es muy importante tener en cuenta el peso y la talla del paciente, ese aumento del diámetro anteroposterior de la cintura abdominal, se presenta el vientre péndulo que

aumenta la carga de peso a la columna lumbar, que anatómicamente es diseñada para compartir la simetría bilateral de nuestro cuerpo, por ejemplo cargar dos cubos pequeños de agua en ambos brazos, esta práctica fisiológica hace que aunque carguemos el peso como lo hacemos fisiológicamente hablando no sentimos dolor de espalda.

También hay que observar las características semiológicas del **dolor**, además caracterizar el dolor como aprendiste en tus clases de semiología durante tu tercer año de estudios, debes tener en cuenta, su irradiación, su intensidad, su alivio.

Cuando este dolor se irradia a las partes altas de la espalda debemos pensar en afecciones de origen común, puede ser, escoliosis, artritis reumatoidea, alguna enfermedad degenerativa de la columna, nunca pensar en irradiación ascendente de la lumbalgia.

Si la irradiación se produce hacia el abdomen o la esfera genital, pensamos en alguna noxa en esta zona, ya sea una sepsis urinaria, inflamación pélvica, entre otras muchas que más adelante compartiremos.

La forma de comienzo del dolor, nos aporta valor semiológico, si es de implantación súbita, lenta, si apareció por un esfuerzo, golpes de tos o estornudo, entre muchas formas de aparición que el paciente exprese.

Nos orienta mucho con el diagnóstico los síntomas asociados al cuadro de **dolor lumbar**, como pueden ser: fiebre, disuria, sangramiento, hematuria, síntomas ginecológicos asociados con el dolor, trastornos digestivos, relación del dolor con la ingestión de alimentos, pequeñas hemorragias, equimosis injustificadas, todo puede orientarnos hacia otra región del organismo. La referencia a síntomas neurológicos es también orientadora. Es importante conocer si el paciente sufre o no parestesias y en qué territorios las percibe. También cualquier dato que sugiera una disminución de la fuerza de un grupo muscular, sensaciones de falla o pérdida del control muscular de alguna articulación es de gran utilidad para establecer el diagnóstico topográfico de un síndrome compresivo radicular.

Los tratamientos realizados por el paciente pueden ayudarnos también en nuestro pesquiasje clínico. Si el dolor se alivia con relajantes de la fibra muscular lisa (papaverina, atropina) podemos descartar el sistema osteomioarticular (SOMA) como el

centro del dolor. La respuesta positiva a antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y a relajantes musculares debe dirigir nuestra atención al sistema músculo-esquelético. Algunos médicos continúan indicando vitaminas del complejo B como tratamiento de las lumbalgias. Una vez más insistimos en que este proceder carece de utilidad terapéutica. En la causa de la sacrolumbalgia, incluso de las discales, la función de sustancias mediadoras de la inflamación cobra cada día un peso mayor y sólo los antiinflamatorios parecen tener real valor terapéutico, aunque si hay daño neurológico expresado en el examen físico que hagamos al paciente y que lo corroboramos con los estudios complementarios, si adicionamos al tratamiento los neurotróficos.

La relación entre el dolor y el estado psicológico del enfermo ha sido largamente discutida. Se ha especulado en este sentido. En estos enfermos pueden hallarse altos niveles de ansiedad y depresión que han sido frecuentemente utilizados como índices de pronóstico de la evolución y respuesta al tratamiento. El estado de ánimo puede resultar de utilidad para predecir la magnitud, duración, intensidad de la crisis. El manejo de estos elementos, (ansiedad, depresión), es útil para realizar un enfoque más integral del paciente en cuanto a su dolencia particular.

### **¿Cómo clasificamos el dolor lumbar?**

Muchos profesionales coinciden en clasificar la lumbalgia de acuerdo al tiempo de evolución, opinión a la que se unen los autores de este artículo, lo que ocurre es que existe falta de consenso, que se pone de manifiesto a la hora de intentar delimitar el periodo correspondiente a cada grupo. En cualquier caso, el período comprendido entre las 8 y 12 semanas se considera de alto riesgo para el desarrollo de cronicidad e incapacidad, ya después de las 12 semanas sí estamos de acuerdo que el dolor es crónico. Expongo la clasificación que usamos y en la que volcamos nuestra experiencia con el tema **dolor lumbar**:

**Lumbalgia aguda.** Esta cursa durante un tiempo de 7 a 14 días, en este momento es cuando es efectivo el tratamiento de la fase aguda y pensamos que después de este tiempo, si el dolor se mantiene con alta intensidad, la terapéutica debe cambiarse por una conducta más enérgica.

**Lumbalgia subaguda.** Este período oscila desde 21 días hasta 12 semanas.

**Lumbalgia crónica.** Aquellos pacientes que pasan de las 12 semanas con sintomatología de la lumbalgia.

En un paciente crónico, con síntomas permanentes pero de baja intensidad, pueden ocurrir crisis de agudización que requieren el tratamiento de una crisis aguda: reposo o cambio de actividad física y medicación con antiinflamatorios no esteroideos y mio relajantes.

Hay enfermos crónicos que son muy demandantes y buscan la realización constante de exámenes radiográficos, como si de ellos dependiera su curación aún cuando su utilidad es dudosa en buen número de casos, muy inferior a la de la anamnesis y el examen físico. Es claro que los criterios que el paciente asuma con respecto a su enfermedad dependerán de la propia evolución que esta experimente, y esto, en muchas ocasiones, es el resultado de la terapéutica empleada.

### ¿Qué causa la lumbalgia?

Les vamos a ofrecer varios cuadros según la causa general y las causas específicas que la provocan.

Causa general	Causa específica	Ejemplo
<b>Osteomusculares</b>	Causas traumáticas	contracturas musculares, fracturas, esguinces
	Enfermedades inflamatorias	Espondilitis anquilopoyética, artritis reumatoide, síndrome de Reiter, síndrome de Beçhet, fiebre mediterránea familiar, psoriasis, enfermedad de Whipple.

Causa general	Causa específica	Ejemplo
<b>Anomalías en la columna vertebral</b>	Congénitas	espina bífida, espondilosis, hiperlordosis
	Degenerativas	Espondilolistesis, hernia de disco, espón diloartrosis, hiperostosis anquilosante.
	Infecciosas	brucelosis, tuberculosis, osteomielitis vertebral
	Metabólicas	osteoporosis, enfermedad de Paget, osteomalacia, hipertiroidismo, enfermedad de Marfán, acondroplasia
	Tumorales	metástasis, neurinoma, meningioma
	Hematológicas	leucemia, hemoglobinopatías, mastocitosis

Causa general	Causa específica	Ejemplo
<b>Viscerales</b>	Renal	cólico renal, pielonefritis, hidronefrosis, tumores
	Vascular	aneurisma aórtico, isquemia mesentérica
	Digestivo	pancreatitis, úlcera péptica, apendicitis, colecistitis, tumores
	Ginecológicas	embarazo, dismenorrea, endometritis, tumores

Causa específica	Ejemplo
<b>Psiquiátricas</b>	Simulación. Hipocondría. Estado de ánimo (somatización).

Causa general	Causa específica	Ejemplo
<b>Lumbalgias mecánicas</b>	Por alteraciones estructurales	Espondilolisis, Espondilolistesis, Escoliosis, Patología discal, Artrosis interapofisarias posteriores, Dismetrías pélvicas, Embarazo, Sedentarismo, Hiperlordosis
	Por traumatismos	Distensión lumbar, Fractura de compresión, Subluxación de la articulación vertebral, Espondilolistesis

Causa general	Causa específica	Ejemplo
<b>Lumbalgias no mecánicas</b>	Inflamatorias	Espondiloartritis anquilosante, Espondiloartropatías
	Tumorales	<b>Benignas:</b> osteoma osteoide, osteoblastoma, fibroma, lipoma <b>Malignas:</b> mieloma múltiple, sarcoma osteogénico, osteosarcoma <b>Metástasis vertebrales:</b> mama, próstata, pulmón, riñón, tiroides, colon <b>Tumores intrarraquídeos:</b> meningioma, neurinoma, ependidoma
	No vertebrales y viscerales (dolor referido)	<b>Patología osteoarticular no vertebral:</b> cadera, articulación sacroilíaca <b>Patología gastrointestinal:</b> ulcus, tumores pancreáticos, duodenales, gástricos o colónicos, pancreatitis crónica, colecistitis, diverticulitis <b>Patología vascular:</b> aneurisma disecante de aorta <b>Patología retroperitoneal:</b> hemorragia, linfoma, fibrosis, absceso del psoas <b>Patología genitourinaria:</b> endometriosis, embarazo ectópico, neoplasia genital, de vejiga, próstata o riñón, pielonefritis, prostatitis, urolitiasis
Otras causas de lumbalgia no mecánica	<b>Enfermedades endocrinas y metabólicas:</b> osteoporosis con fracturas, osteomalacia, sacromegalia, alteraciones de las paratiroides, condrocalcinosis, fluorosis, ocronosis <b>Enfermedades hematológicas:</b> leucemias, hemoglobinopatías, mielofibrosis, mastocitosis <b>Miscelánea:</b> enfermedad de Paget, artropatía neuropática, sarcoidosis, enfermedades hereditarias, Fibromialgias y problemas psiconeuróticos	

### Clasificación descriptiva.

Según la International Paris Task Force, desde el punto de vista descriptivo, las lumbalgias se pueden clasificar en cuatro grupos:

**Lumbalgias sin irradiación**

**Lumbalgias con dolor irradiado hasta la rodilla**

**Lumbalgias con dolor irradiado por debajo de la rodilla, pero sin déficit neurológico**

**Lumbalgias irradiadas a la pierna con o sin signos neurológicos**

## **Diagnóstico.**

Durante la exploración física, el médico puede controlar tu fuerza muscular y tus reflejos. Por ejemplo, pueden pedirte que camines en puntas de pie o con los talones, que te pongas en cuclillas y te levantes, y que te acuestes de espalda y levantes una pierna a la vez. Durante estas actividades, el dolor ocasionado por la ciática habitualmente se vuelve más fuerte.

Compartimos contigo que las acciones fundamentales para el diagnóstico la ofrecen el interrogatorio y el examen físico, pero una vez que estos han concluido, entonces como su nombre lo indica realizas algunos exámenes complementarios, los que se realizan en atención primaria de salud y los que se realizan en atención secundaria.

## **Exámenes complementarios.**

Muchas personas tienen hernias de disco o espolones óseos que aparecen en las radiografías o en otras pruebas de diagnóstico por imágenes, pero que no provocan síntomas. Es por esto que los médicos, en general, no piden este tipo de pruebas a menos que sientas dolor intenso o que no mejores en unas semanas, para ser más precisos estos estudios se indican en aquellos pacientes que han llegado a pasar la fase aguda y que ya llevan más de tres semanas, y no vemos mejoría, no lo dejamos llegar a la fase crónica, pero actuamos para tener diagnóstico en nuestras manos.

### **Química Sanguínea.**

Según sospecha clínica y en los que están indicados son de incalculable valor, siempre aclaramos que los estudios complementarios, no sustituyen el método clínico, pero cuando revises las causas que te ofrecemos en los cuadros de colores verás qué estudios debes indicar, por ejemplo hemograma completo, Eritrosedimentación, glicemia, triglicéridos, lípidos totales, colesterol, urea, ácido úrico, creatinina, transaminasas glutámico pirúvica (TGP) y oxalacética (TGO), esto que les propongo es una idea de que hay que hacer un perfil metabólico para diagnosticar aquellos pacientes de evolución tórpida, pero una vez revisadas las causas podrás darte cuenta otros exámenes que se pueden indicar.

### Estudios de imágenes.

- Radiología de columna lumbosacra AP y lateral, oblicua derecha e izquierda. Una radiografía de columna vertebral puede revelar un crecimiento óseo excesivo (espolón óseo) que puede ejercer presión en un nervio.
- Exámenes radiológicos funcionales en flexión, extensión, lateralización según particularidad, estos estudios nos brindan la flexibilidad de la curva, en caso de la escoliosis.
- Tomografía Axial Computarizada: sospecha de hernia discal, estenosis del canal, tumores. Cuando se recurre a la exploración por tomografía computarizada para obtener una imagen de la columna vertebral, es posible que antes de que te saquen las radiografías te inyecten un tinte de contraste en el conducto vertebral, procedimiento denominado «mielografía por tomografía computarizada». El tinte circula por la médula espinal y por los nervios de la columna, que se ven de color blanco en la exploración.
- Resonancia Magnética Nuclear: para prolapsos discales y lesiones **radiculomedulares**. Este procedimiento utiliza ondas de radio y un campo magnético potente para producir imágenes transversales de la columna vertebral. Una resonancia magnética produce imágenes detalladas de los huesos y de los tejidos, como las hernias de disco.
- **Gammagrafía** ósea: Infecciones, tumores.
- Densitometría ósea: sospecha de disminución de la masa ósea.
- Neurofisiología: para evaluar estructuras nerviosas periféricas.  
Electromiografía y conducción nerviosa.
- **Electromiografía**. Esta prueba mide los impulsos eléctricos producidos por los nervios y las respuestas de los músculos. Esta prueba puede confirmar la compresión del nervio causada por hernias de disco o por el estrechamiento del conducto vertebral (estenosis del conducto vertebral).

### Tratamiento.

En la especialidad Ortopedia y Traumatología, existen cuatro pilares de tratamiento para todas las enfermedades, los cuales son: profiláctico, conservador, rehabilitador y quirúrgico, en el caso de la sacrolumbalgia como síntoma o como síndrome lumbálgico. Si las medidas de cuidado personal no alivian el dolor, el médico podría recomendarte algunos de los siguientes tratamientos.

Siempre entre las opciones de la prevención está lo que puedes recomendar a tus pacientes.

### Estilo de vida y remedios caseros.

En la mayoría de las personas, la ciática responde a medidas de cuidado personal. Aunque descansar durante un día aproximadamente puede aportar alivio, la inactividad prolongada hará que los signos y síntomas empeoren.

Algunas medidas de cuidado personal que pueden ayudar son:

- **Compresas frías.** Al principio, sentirás alivio si colocas una compresa fría en la zona en la que sientes dolor varias veces al día durante 20 minutos.
- **Compresas calientes.** Después de dos o tres días, aplica calor en las zonas que te duelen. Usa compresas calientes, una lámpara de calor o almohadillas de calor en la configuración de menor temperatura. Si continúas sintiendo dolor, prueba con alternar compresas calientes y frías.
- **Estiramientos.** Los ejercicios de estiramiento para la zona lumbar pueden ayudarte a sentirte mejor y podrían aliviar la compresión de la raíz del nervio. Evita hacer movimientos bruscos, saltar o girar durante el estiramiento e intenta mantener la posición durante, al menos, 30 segundos, recuerda a tu paciente que existe una causa de dolor lumbar con irradiación al miembro inferior que es la llamada falsa ciática o síndrome del piramidal, no olvides que este problema de salud se alivia con ejercicios de estiramiento.
- **Medicamentos de uso común.** Como son el paracetamol, la dipirona, pero solo estos, no por más de 14 días, pueden ser útiles para tratar la ciática. y recuerda que el paciente no se debe acostumbrar a automedicarse.

## PREVENCIÓN (PROFILÁCTICO)

No siempre es posible prevenir la ciática, y esta afección puede volver a aparecer. Adoptar las siguientes medidas puede tener un papel fundamental en la protección de la espalda:

- ◇ **Haz ejercicio regularmente.** Para mantener la espalda fuerte, presta especial atención a los músculos centrales, es decir, los músculos del abdomen y de la parte inferior de la espalda que son esenciales para tener una buena postura y una correcta alineación. Pídale a su médico que le recomiende actividades específicas.
- ◇ **Mantén una postura adecuada al sentarte.** Elige un asiento con un buen soporte lumbar, apoyabrazos y base giratoria. Considera colocar una almohada o una toalla enrollada en la parte baja de la espalda para mantener su curva normal. Mantén las rodillas y cadera alineadas.
- ◇ **Utiliza una mecánica corporal adecuada.** Si estás de pie durante períodos prolongados, apoya un pie en un banquito o en una pequeña caja de vez en cuando. Cuando levantas objetos pesados, deja que las piernas hagan el esfuerzo. Sube y baja con la espalda derecha. Mantén la espalda derecha y flexiona solo las rodillas. Mantén la carga cerca del cuerpo. Evita levantar la carga y girar el cuerpo al mismo tiempo. Busca ayuda para levantar el objeto si es pesado o difícil de trasladar.

## CONSERVADOR

### Medicamentos.

Los tipos de medicamentos que podrían recetarse para tratar el dolor de ciática son los siguientes:

- \* Antiinflamatorios.
- \* Relajantes musculares.
- \* Tranquilizantes.
- \* Antidepresivos tricíclicos.
- \* Medicamentos anticonvulsivos.

### **Fisioterapia.**

Una vez que el dolor agudo disminuye, el médico o el fisioterapeuta pueden diseñar un programa de rehabilitación para ayudarte a prevenir lesiones en el futuro. Generalmente, el programa comprende ejercicios para corregir la postura, fortalecer los músculos que sostienen la espalda y mejorar la flexibilidad.

### **Inyecciones de esteroides.**

En algunos casos, el médico podría recomendar una inyección de un corticoesteroide en la zona que rodea la raíz del nervio afectado. Los corticoesteroides ayudan a reducir el dolor al eliminar la inflamación alrededor del nervio irritado. El medicamento normalmente deja de hacer efecto en unos pocos meses. La cantidad de inyecciones de esteroides que puedes recibir es limitada, ya que el riesgo de sufrir efectos secundarios graves aumenta cuando las inyecciones se aplican con demasiada frecuencia.

### **Cirugía.**

- ✚ Esta opción suele reservarse para cuando el nervio comprimido provoca una debilidad considerable y la pérdida del control intestinal o de la vejiga, o para cuando el dolor empeora de forma progresiva o no disminuye con otras terapias. Los cirujanos pueden extraer el espón óseo o la parte de la hernia de disco que ejerce presión en el nervio pinzado. Esta conducta se lleva a cabo cuando se ha definido bien el caso y no es en el síndrome lumbálgico, ni en la sacrolumbalgia como síntoma, una de las opciones de tratamiento, esta tiene sus indicaciones y son del manejo específico de la especialidad, a ti te ofrecemos lo que puedes hacer desde la condición de médico general.

### Medicina Natural y Tradicional.

Estas opciones de tratamiento normalmente empleadas para tratar el dolor en la parte inferior de la espalda comprenden algunas como:

- △ **Acupuntura.** En esta técnica, el acupunturista introduce agujas muy delgadas en puntos específicos del cuerpo. Según algunos estudios, la acupuntura puede ayudar a aliviar el dolor de espalda; según otros, la técnica no tiene beneficios. Si decides probar la acupuntura, opta por un acupunturista con licencia para asegurarte de que esté ampliamente capacitado, en todas nuestras áreas de salud existe la consulta de esta medicina, con personal capacitado.
- △ **Quiropraxia.** Los quiroprácticos utilizan el ajuste (o la manipulación) de la columna vertebral, entre otras terapias, para tratar una columna vertebral con movilidad reducida. El objetivo es recuperar el movimiento de la columna vertebral y, como resultado, mejorar la función y disminuir el dolor. La manipulación de la columna vertebral parece ser eficaz y segura como tratamiento estándar del dolor de la parte inferior de la espalda; sin embargo, podría no ser adecuada para los casos de dolor irradiado y debes tener en cuenta que no todos aquellos pacientes que padecen de dolor de espalda son elegibles para esta técnica que si bien es muy beneficiosa cuando está mal indicada puede dañar en caso de aquellos pacientes que tengan como afección osteofitos que crecen hacia el canal medular.

**Cuando ya hayas agotado todos tus recursos como médico general, te recomiendo que prepares a tu paciente para que sea visto por el especialista en columna vertebral, por supuesto que, no todas las personas que tienen ciática necesitan atención médica. Sin embargo, si los síntomas son graves o persisten por más de un mes, pide una consulta con el especialista y:**

#### Qué vas a recomendar a tus pacientes:

- φ **Anota tus síntomas** y cuándo comenzaron.
- φ **Haz una lista con la información médica importante**, que comprenda otros trastornos que padezcas y los nombres de los medicamentos, las vitaminas o los suplementos que tomes.
- φ **Anota los accidentes o las lesiones recientes** que puedan haberte dañado la espalda.
- φ Si es posible, **pídele a un familiar o a un amigo que te acompañe**. La persona que te acompañe puede ayudarte a recordar lo que te diga el **médico**.
- φ **Anota preguntas para hacerle al médico** a fin de aprovechar al máximo el tiempo de la consulta.

En los casos de dolor lumbar irradiado, algunas preguntas básicas para hacerle al médico son las siguientes:

- + ¿Cuál es la causa más probable del dolor de espalda?
- + ¿Existen otras causas posibles?
- + ¿Necesito pruebas de diagnóstico?
- + ¿Qué tratamiento me recomiendas?
- + En caso de que me recomiendes medicamentos, ¿cuáles son los posibles efectos secundarios?
- + ¿Durante cuánto tiempo necesitaré tomar los medicamentos?
- + ¿Soy candidato para una cirugía? ¿Por qué sí o por qué no?
- + ¿Hay alguna restricción que deba seguir?
- + ¿Qué medidas de cuidado personal debo tomar?
- + ¿Qué puedo hacer para evitar que los síntomas vuelvan a aparecer?

No dudes en hacer todas las preguntas que desees.

#### Conclusiones

1. La anamnesis requiere minuciosidad. Debe proscribirse la prisa.
2. Es necesario insistir en la historia de la enfermedad actual tanto como en los antecedentes de dolencias lumbares y de enfermedades asociadas.
3. El seguimiento de un orden en el interrogatorio ayudará a no obviar información que puede resultar de gran utilidad para el diagnóstico.
4. Deben tomarse en consideración el estado emocional y el modo en que el paciente crónico maneja su enfermedad a fin de depurar el valor de la anamnesis.
5. El examen físico del paciente con sacrolumbalgia, unido a la anamnesis, constituye un elemento cardinal para el diagnóstico y una ulterior terapéutica.
6. Su realización requiere un orden lógico que abrevia tiempo y a la vez nos permite su sistematización.
7. Deben descartarse fuentes vecinas de dolor que pueden confundir el diagnóstico y hacer fracasar el tratamiento.
8. El examen físico debe considerarse en su conjunto y tomarse en cuenta el estado emocional del paciente que puede exagerar síntomas y signos.