

A scenic landscape featuring a large, dark tree trunk in the upper left foreground, with its branches spreading across the top. The leaves are a vibrant yellow and orange, suggesting autumn. Below the tree, a lush green field stretches towards the horizon. In the distance, rolling hills or mountains are visible under a bright, clear sky. The sun is positioned low in the sky, creating a lens flare effect. The overall atmosphere is peaceful and natural.

# LUMBALGIA

PONENTE: DR. HERNÁN DARÍO  
SÁNCHEZ RAMOS  
MÉDICO FISIATRA





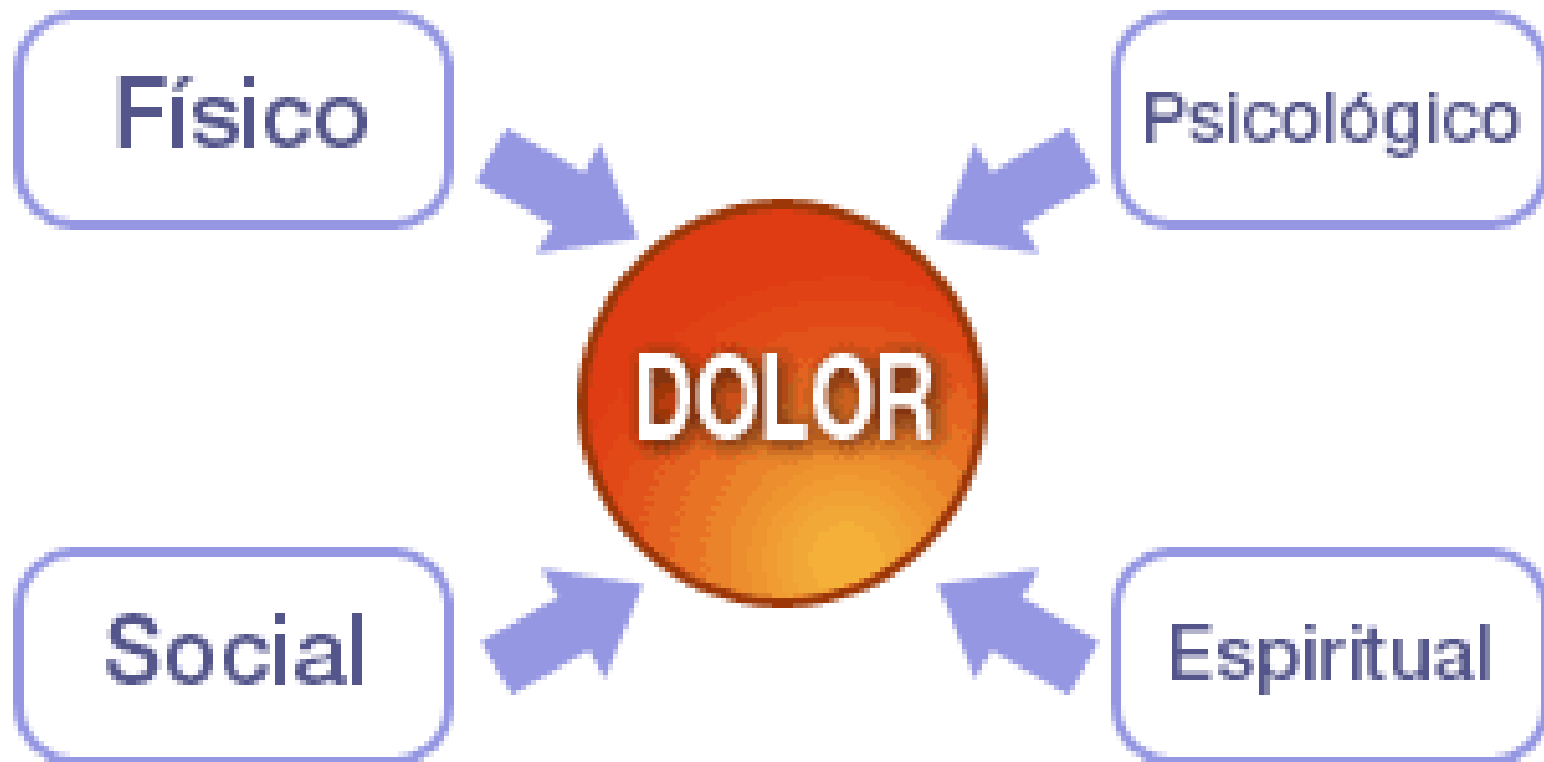
**Físico**

**Psicológico**

**DOLOR**

**Social**

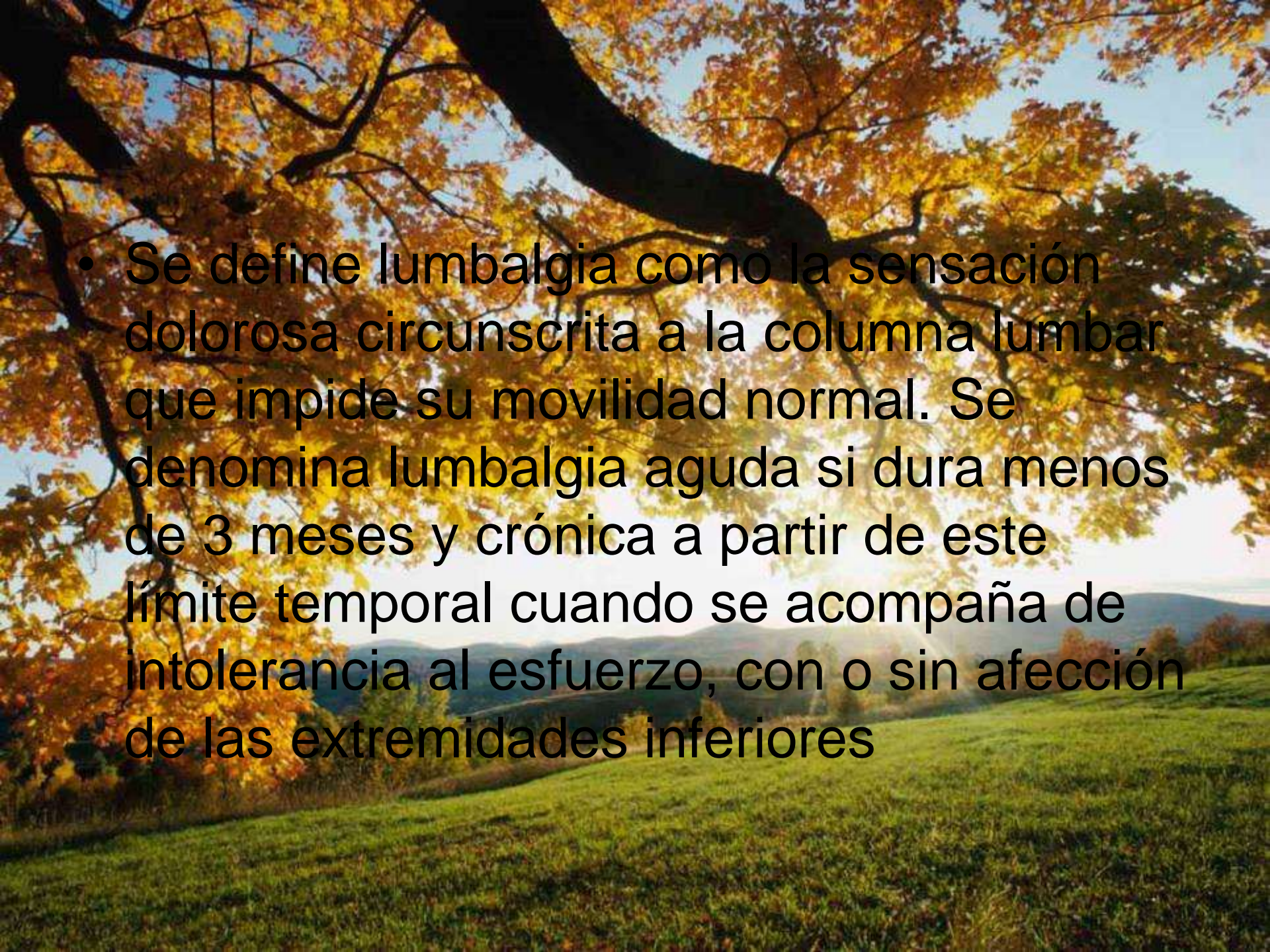
**Espiritual**



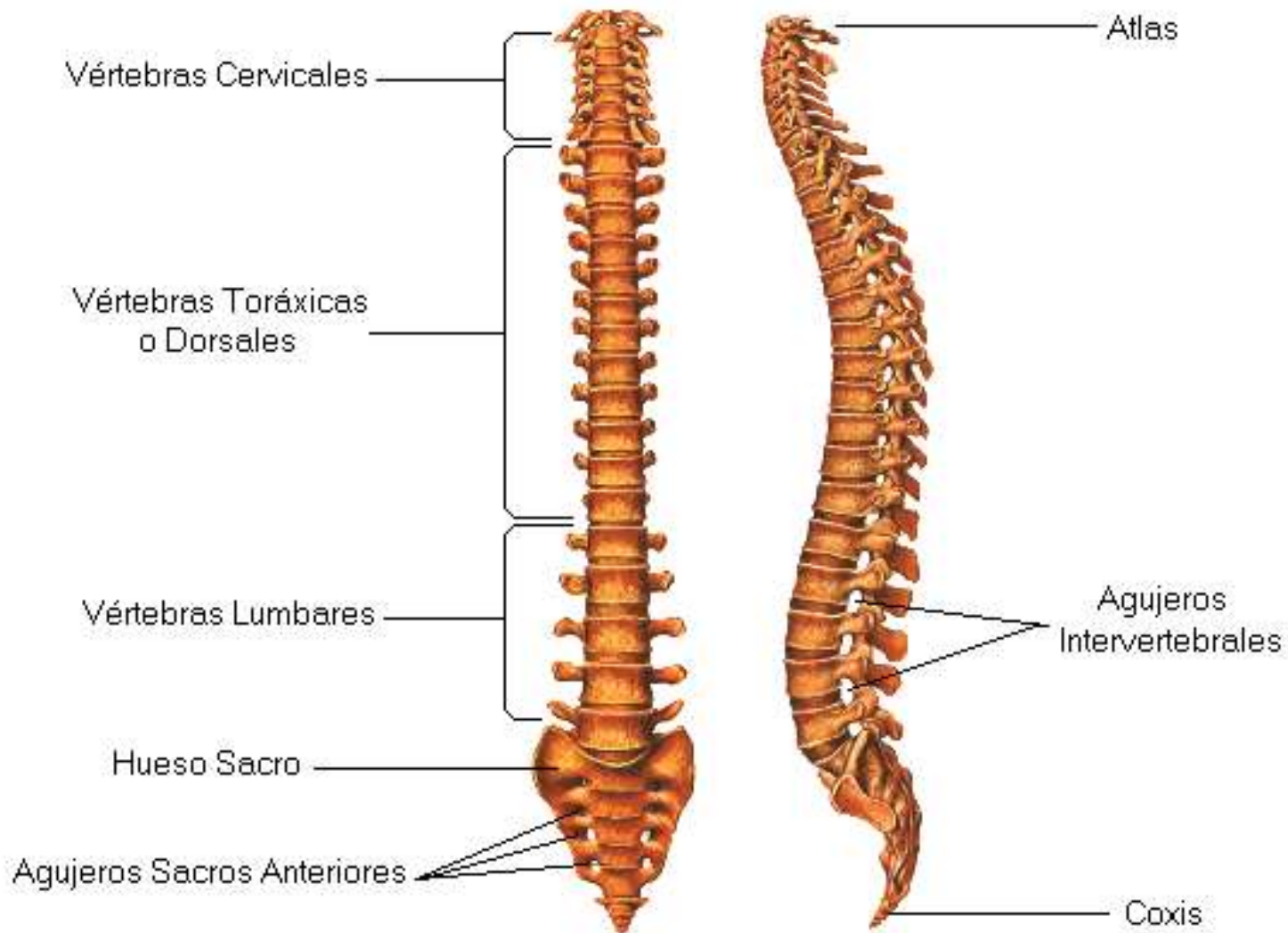


- El dolor lumbar es posiblemente la segunda enfermedad en frecuencia después de las infecciones del aparato respiratorio. Aproximadamente un 65% de la población acude alguna vez a un especialista por crisis de dolor lumbar una o más veces en su vida y en el 95% de los casos se resuelve con tratamiento médico. Solamente un 5% requieren tratamiento quirúrgico.

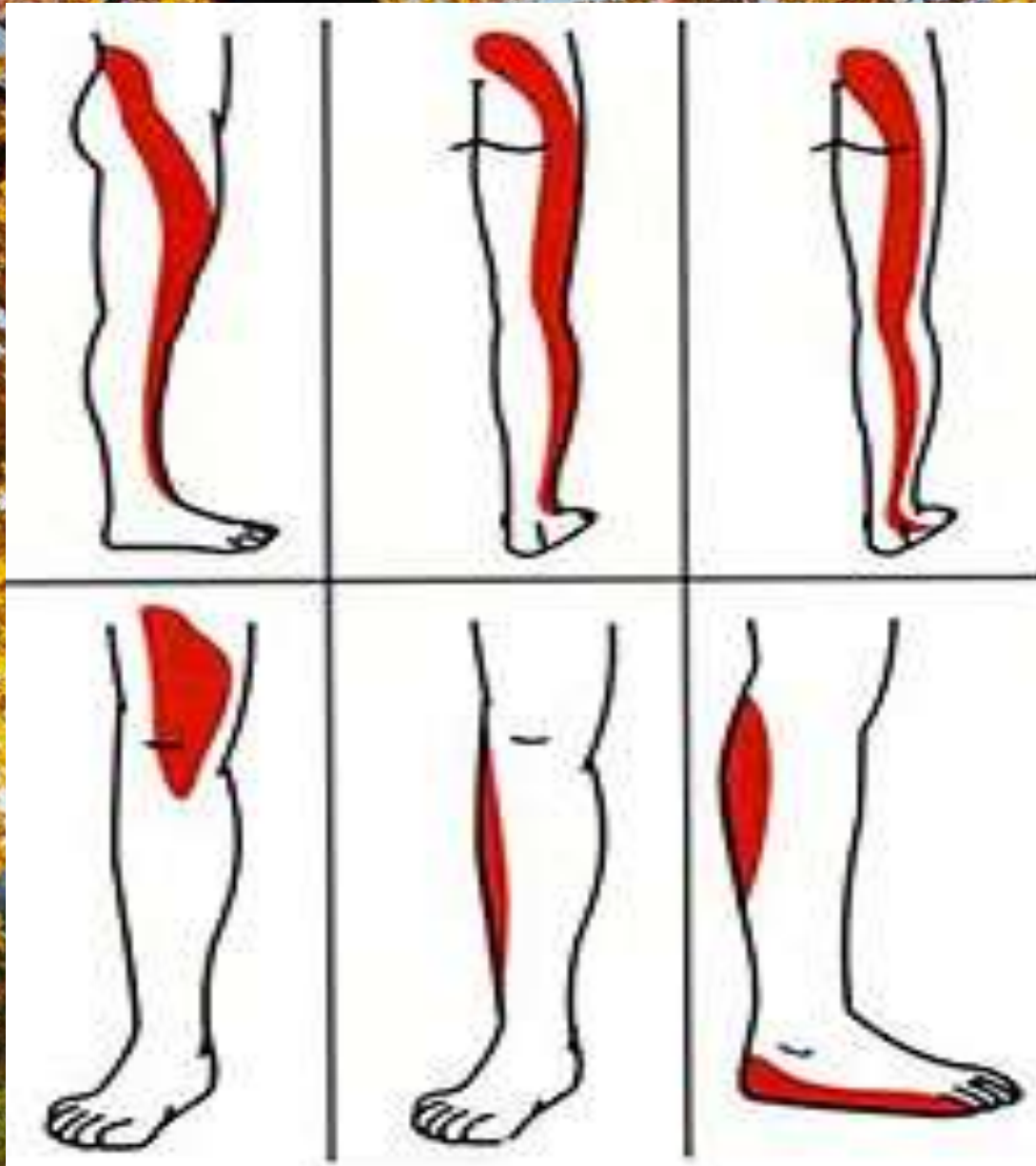


- 
- A scenic landscape featuring a large, dark tree trunk in the foreground on the left, with its branches extending across the top. The background shows rolling green hills under a clear blue sky, with some distant hills visible. The overall scene is bright and natural.
- Se define lumbalgia como la sensación dolorosa circunscrita a la columna lumbar que impide su movilidad normal. Se denomina lumbalgia aguda si dura menos de 3 meses y crónica a partir de este límite temporal cuando se acompaña de intolerancia al esfuerzo, con o sin afección de las extremidades inferiores

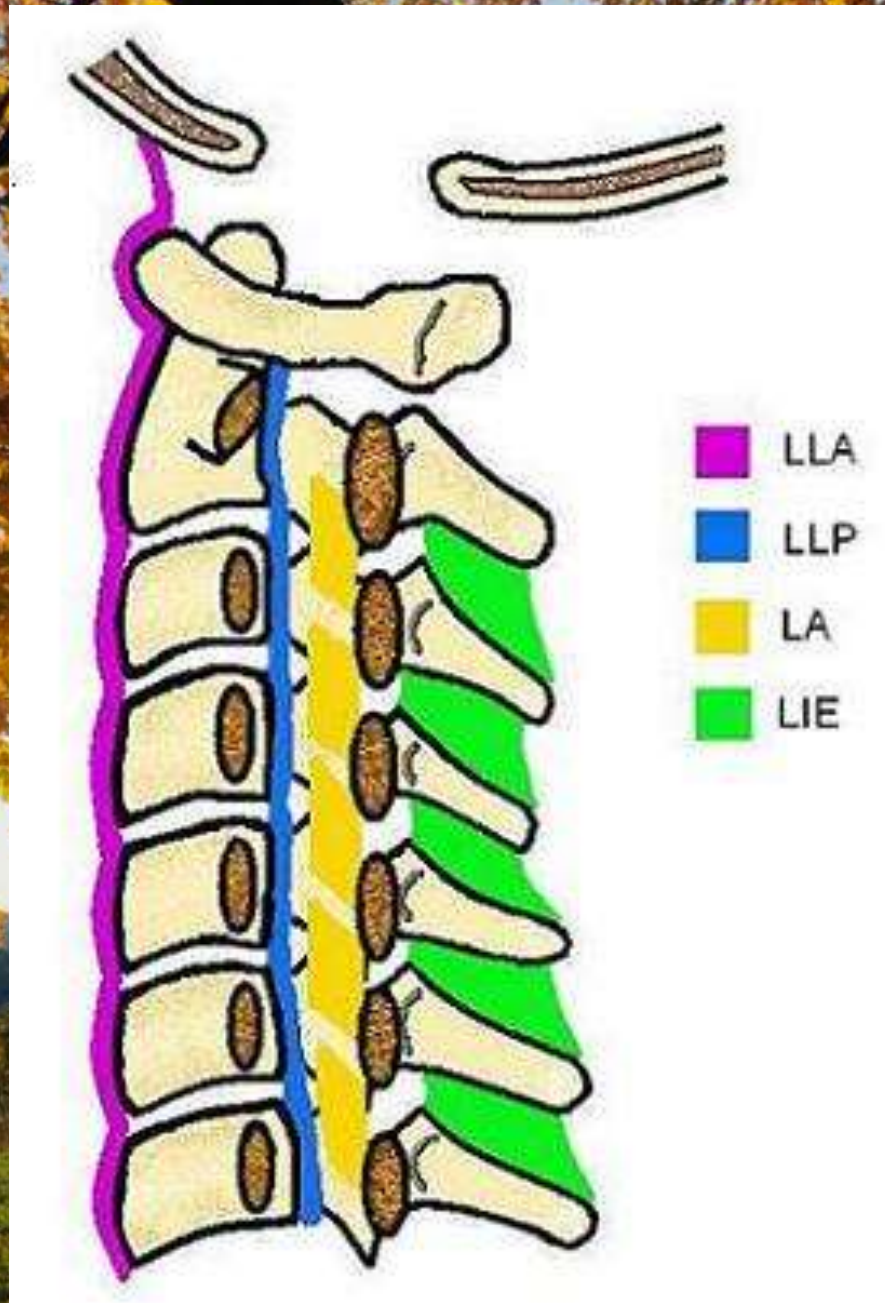




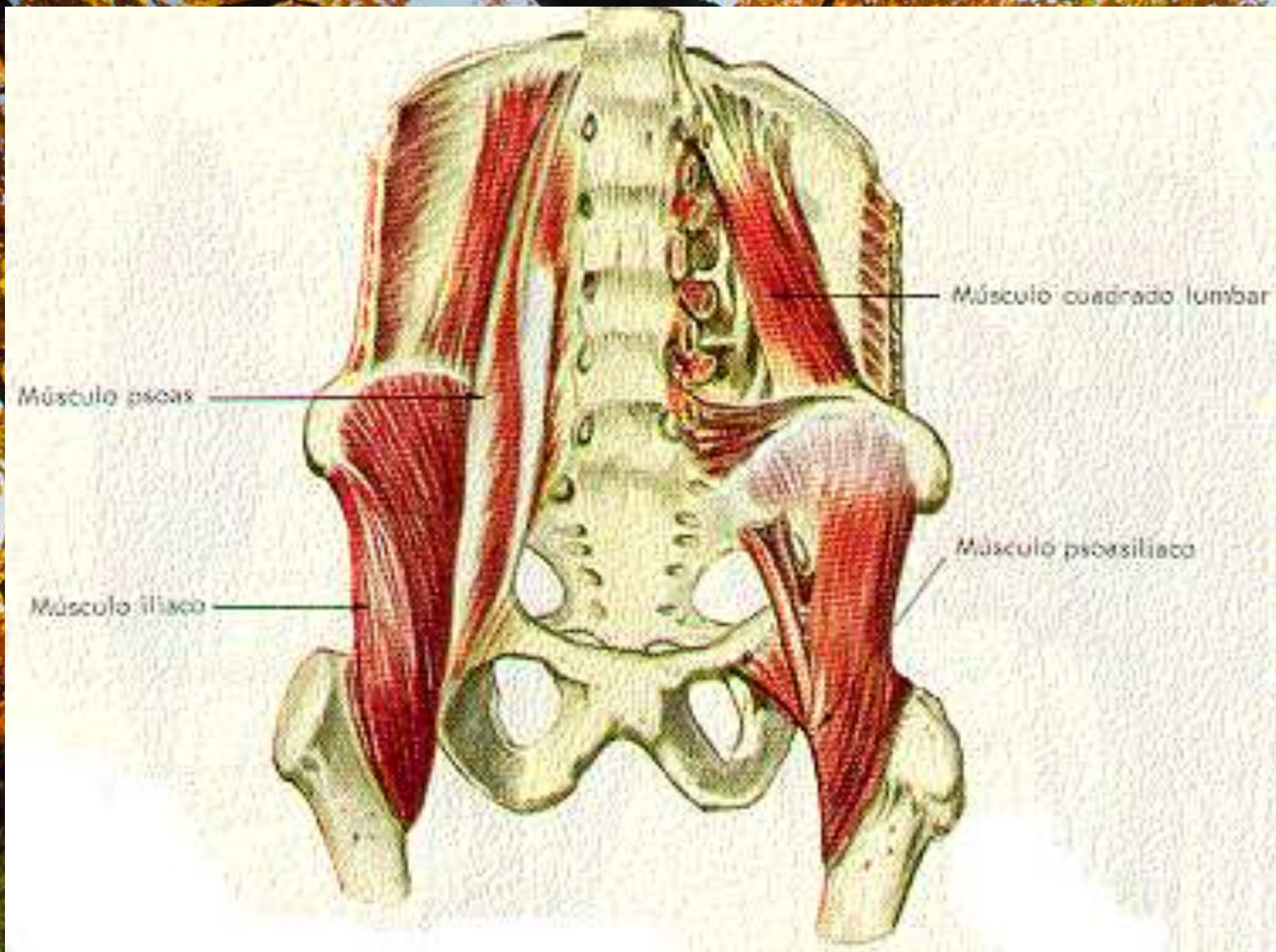












Músculo psoas

Músculo cuadrado lumbar

Músculo ilíaco

Músculo psoasiliaco



## ACCIÓN ESTABILIZADORA DE LOS MÚSCULOS DURANTE LA FLEXIÓN DE LA PELVIS

Glúteo menor



Glúteo medio



Piriformes



Obturador interno



Cuadrado femoral





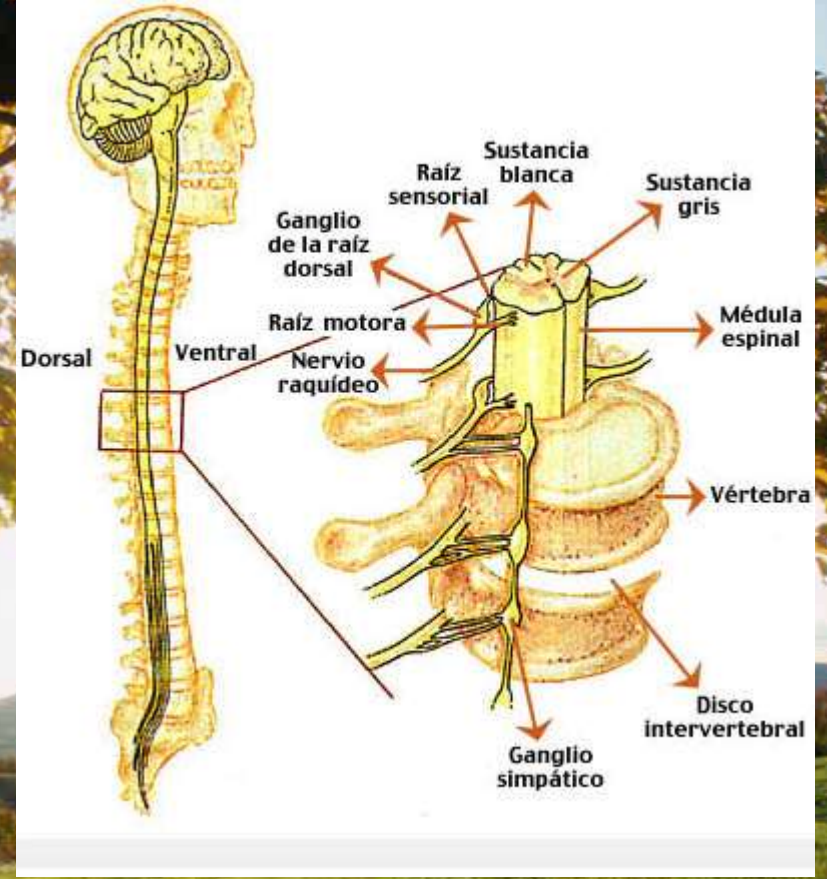
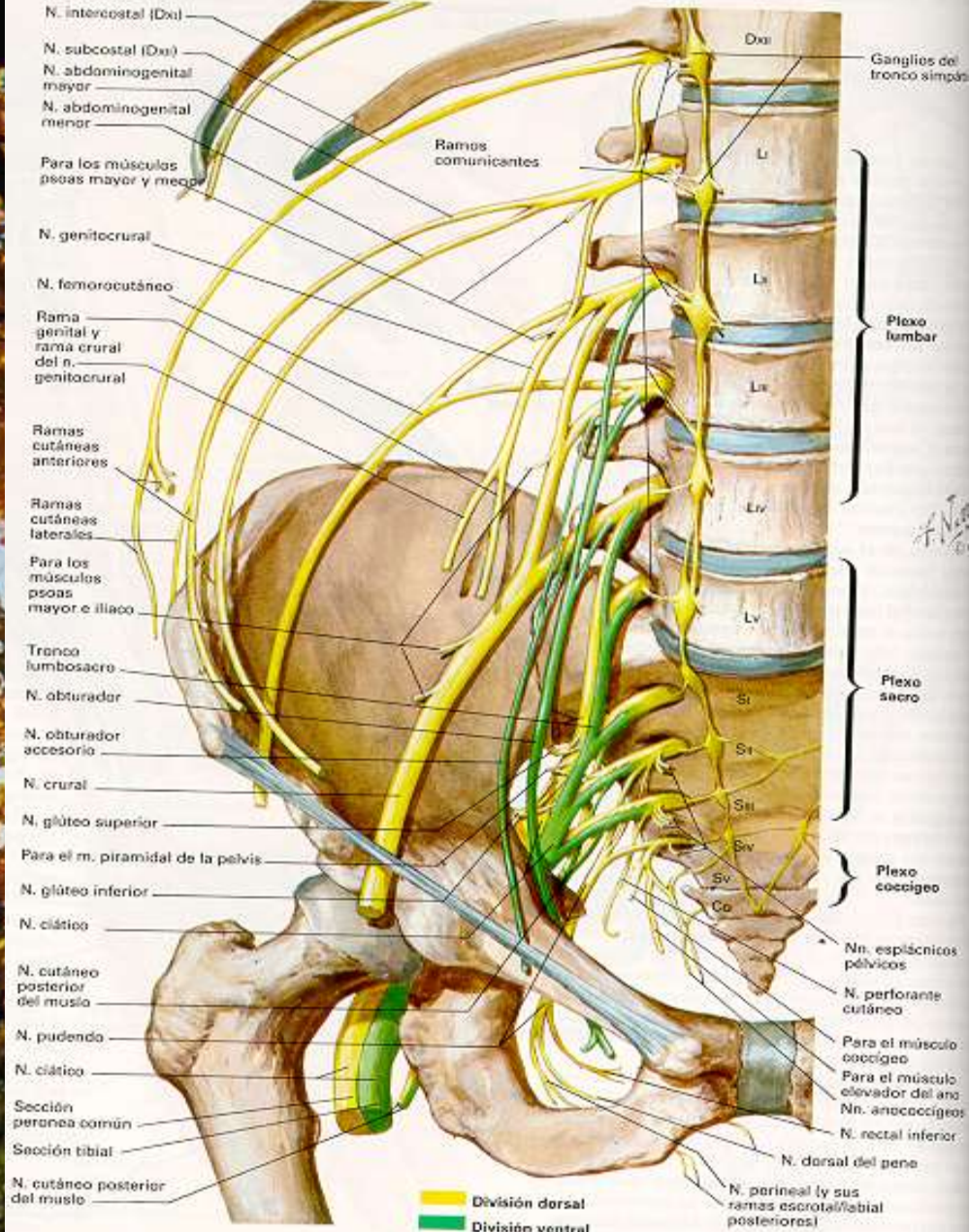
La sintomatología mecánica es definitoria de las lumbalgias primarias, en las que en un discreto porcentaje (hasta el 5%) encontraremos alteraciones estructurales del disco (protrusión o hernia), de las articulaciones interapofisarias (degenerativas, traumáticas), o alteraciones de la biomecánica de la columna lumbar, pero que la inmensa mayoría (60-80%), dada la ausencia de causa aparente, se clasificará como lumbalgia inespecífica.



Algunos síntomas crónicos como episodios de retención urinaria, incontinencia, pérdida del tono esfinteriano anal o incontinencia fecal, anestesia perianal, perineal y genital (anestesia en silla de montar), una progresiva debilidad en extremidades inferiores (con o sin paraparesia), impotencia sexual en los varones, y dificultad a la deambulación, nos deben poner sobre aviso de una reducción del diámetro sagital o transversal del canal raquídeo.



### Plexos lumbar, sacro y coccígeo

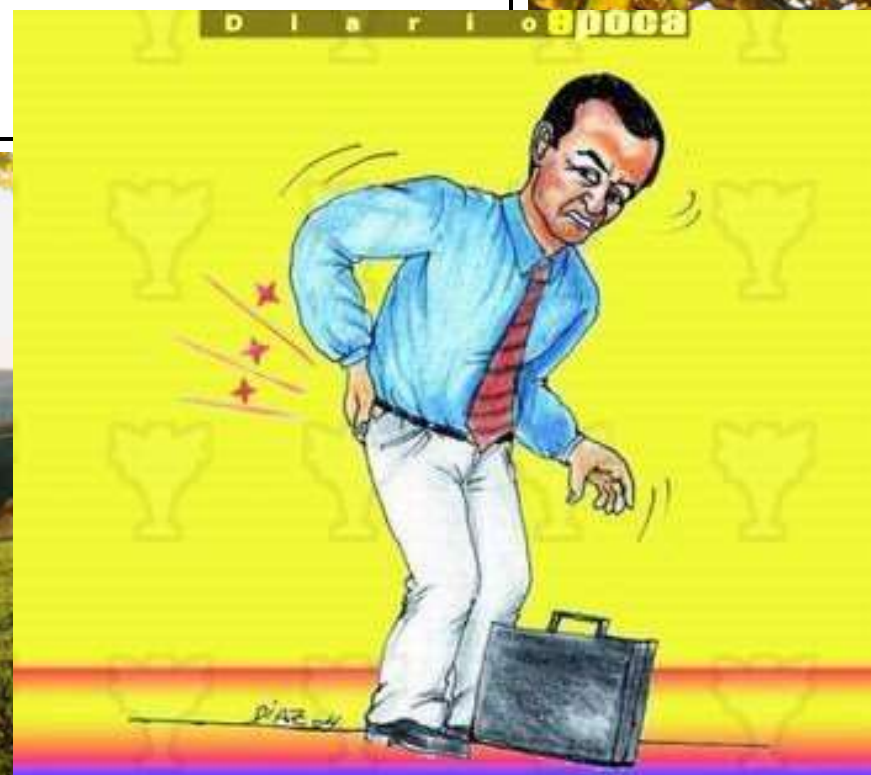




La duración de la incapacidad laboral por lumbalgia se “retroalimenta”. Así, se ha demostrado que en un paciente con incapacidad laboral de más de 6 meses de duración la posibilidad de que vuelva a su puesto es de un 50%; al año, 20%, y a los 2 años, el alta laboral es imposible.



A pesar de su carácter benigno, es una de las primeras causas de invalidez en los países industrializados. De hecho, se puede hablar de una epidemia de invalidez por lumbalgias, en parte atribuible a su medicalización, al uso de recursos diagnósticos y terapéuticos innecesarios que cronifican la enfermedad y modifican su evolución natural.





El origen traumático, o por afección aguda discal suele verse en menores de 45 años. A partir de esta edad, hasta la vejez, predominan las lesiones degenerativas discales o de las articulaciones interapofisarias. A los 40 años de edad el 80% de los varones y el 65% de las mujeres tienen degeneración discal lumbar, aunque no tengan lumbalgia.





Dentro los factores predisponentes, además de causas físicas (talla, masa muscular), genéticas y tóxicas (tabaco) relacionadas con la tolerancia al dolor lumbar, existirían otras que perpetuarían la sintomatología, como perfil psicológico, satisfacción laboral, remuneración, etc.





Hay que garantizar al paciente una correcta información sobre el padecimiento, aliviarle los síntomas, y, por último, y más importante, recomendarle una apropiada actividad física que le permita el restablecimiento de la función y prevenga la evolución a lumbalgia crónica.





El reposo prolongado en cama (más de 4 días) además de no mejorar los problemas lumbares produce sensación de gravedad, debilidad (amiotrofia), desestabilización de la columna y, a la larga, descalcificación. En el caso de pacientes con síntomas agudos de ciática, podría estar indicado un reposo absoluto en cama no superior a 2-4 días, tras lo que se le recomendaría volver a realizar las actividades habituales.





**Tabla 1. Causas primarias y secundarias del dolor lumbar**

**Mecánicas**

Inespecíficas  
Alteraciones degenerativas  
Prolapso del disco intervertebral  
Artrosis de las articulaciones interapofisarias  
Malformaciones adquiridas  
Estenosis vertebral  
Espondilolistesis  
Espondilólisis  
Malformaciones congénitas  
Espina bífida  
Anomalías de transición (lumbarización S1, sacralización L5)  
Sobrecarga funcional  
Dismetrías pélvicas  
Insuficiencia vertebral/trastornos de la estática  
De origen coxofemoral

**Inflamatorias**

Espondiloartritis anquilopoyética  
Artritis reumatoide

**Neoplasias**

Tumores vertebrales primarios o secundarios

**Metabólicas**

Osteoporosis (si aplastamiento vertebral)  
Osteomalacia

**Infecciones**

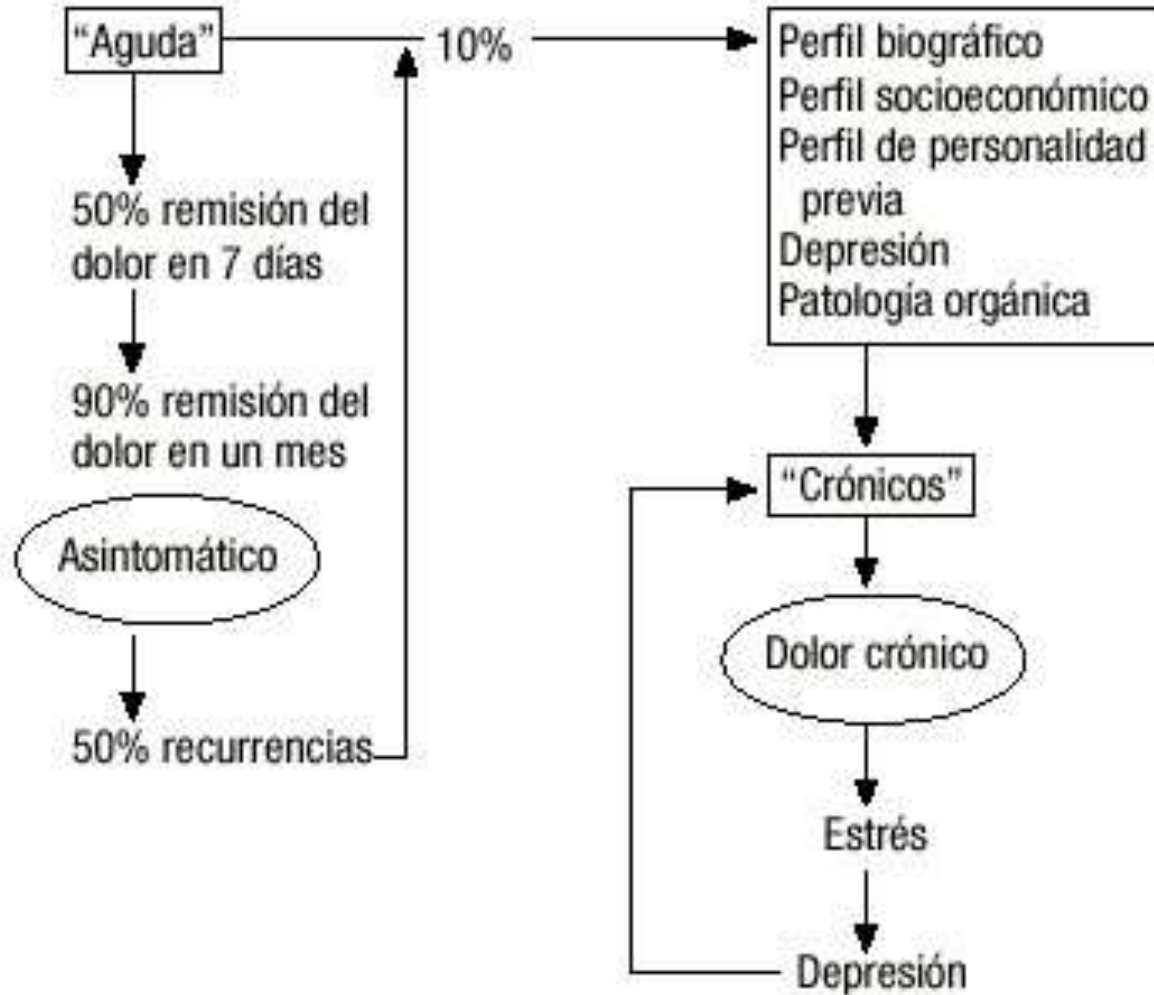
Osteomielitis vertebral  
Discitis  
Sacroileítis

**Enfermedad ósea de Paget**

**Funcionales y psicógenas**



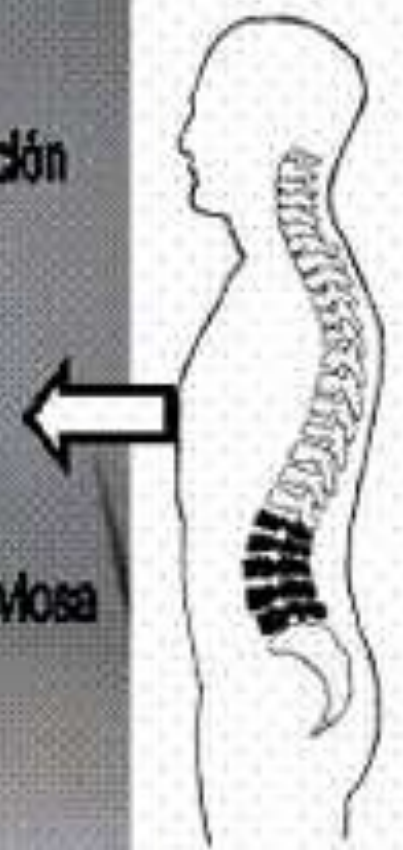
Paciente con lumbalgia



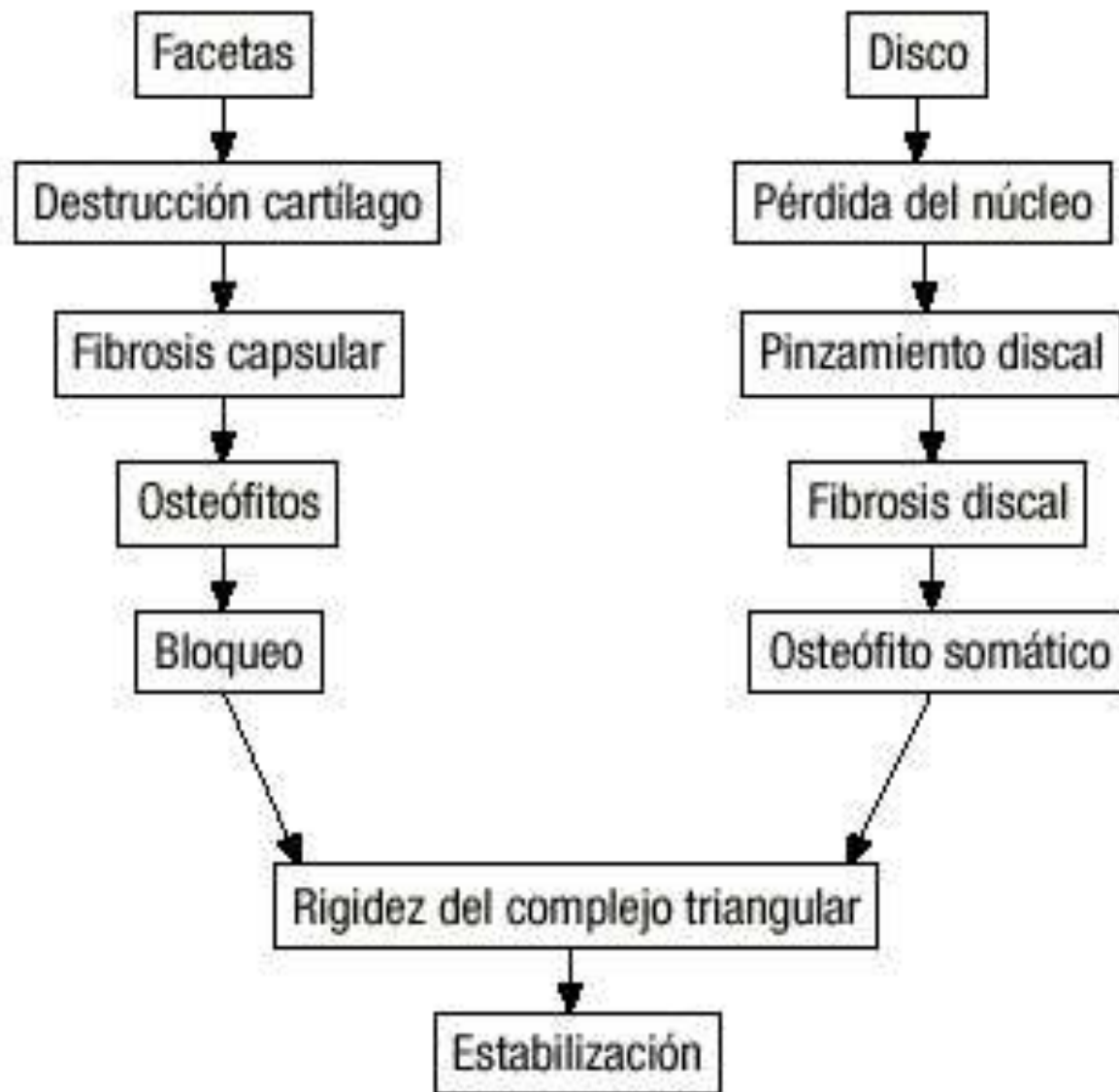




**HERNIA DISCAL**









## **Tabla 12. Información básica que debe recibir todo enfermo afectado de dolor lumbar**

---

Sobre la benignidad del proceso, su duración, y la posible recurrencia

La existencia de medidas efectivas para el control de los síntomas

El tipo de actividad que puede realizar

Consejos de cómo prevenir recurrencias

Es innecesario solicitar pruebas complementarias si no existen signos neurológicos de alarma

El pronóstico del diagnóstico y del tratamiento y la necesidad de su reevaluación si los síntomas persisten



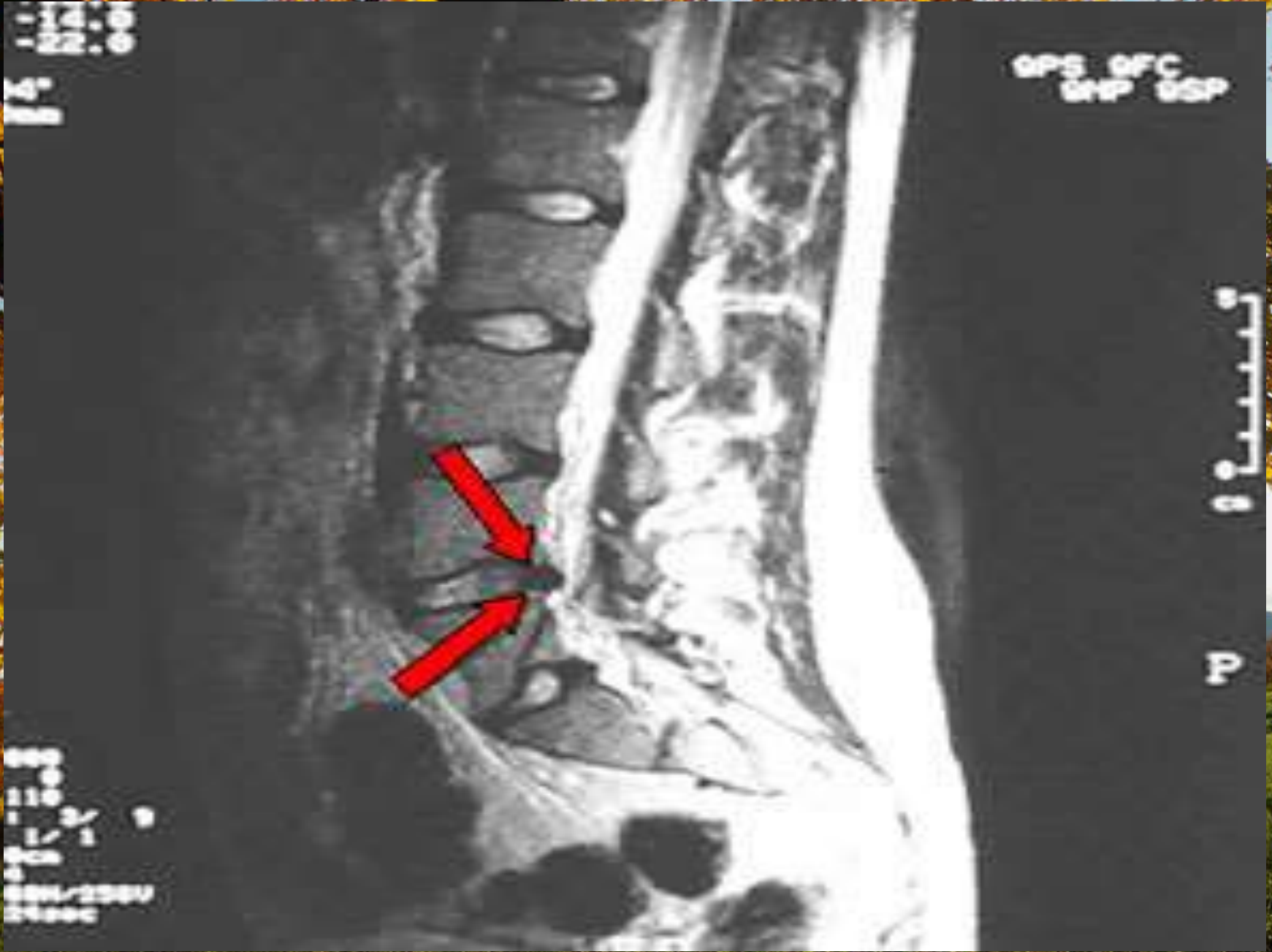
14  
-14.0  
22.0

OPS OFC  
ONP OSP

000  
110  
111  
112  
113  
114  
115  
116  
117  
118  
119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129  
130  
131  
132  
133  
134  
135  
136  
137  
138  
139  
140  
141  
142  
143  
144  
145  
146  
147  
148  
149  
150  
151  
152  
153  
154  
155  
156  
157  
158  
159  
160  
161  
162  
163  
164  
165  
166  
167  
168  
169  
170  
171  
172  
173  
174  
175  
176  
177  
178  
179  
180  
181  
182  
183  
184  
185  
186  
187  
188  
189  
190  
191  
192  
193  
194  
195  
196  
197  
198  
199  
200



P





# MANEJO







Ten esta  
Como es

Ca] e o e  
y dne-2c

























www.shutterstock.com · 2528375

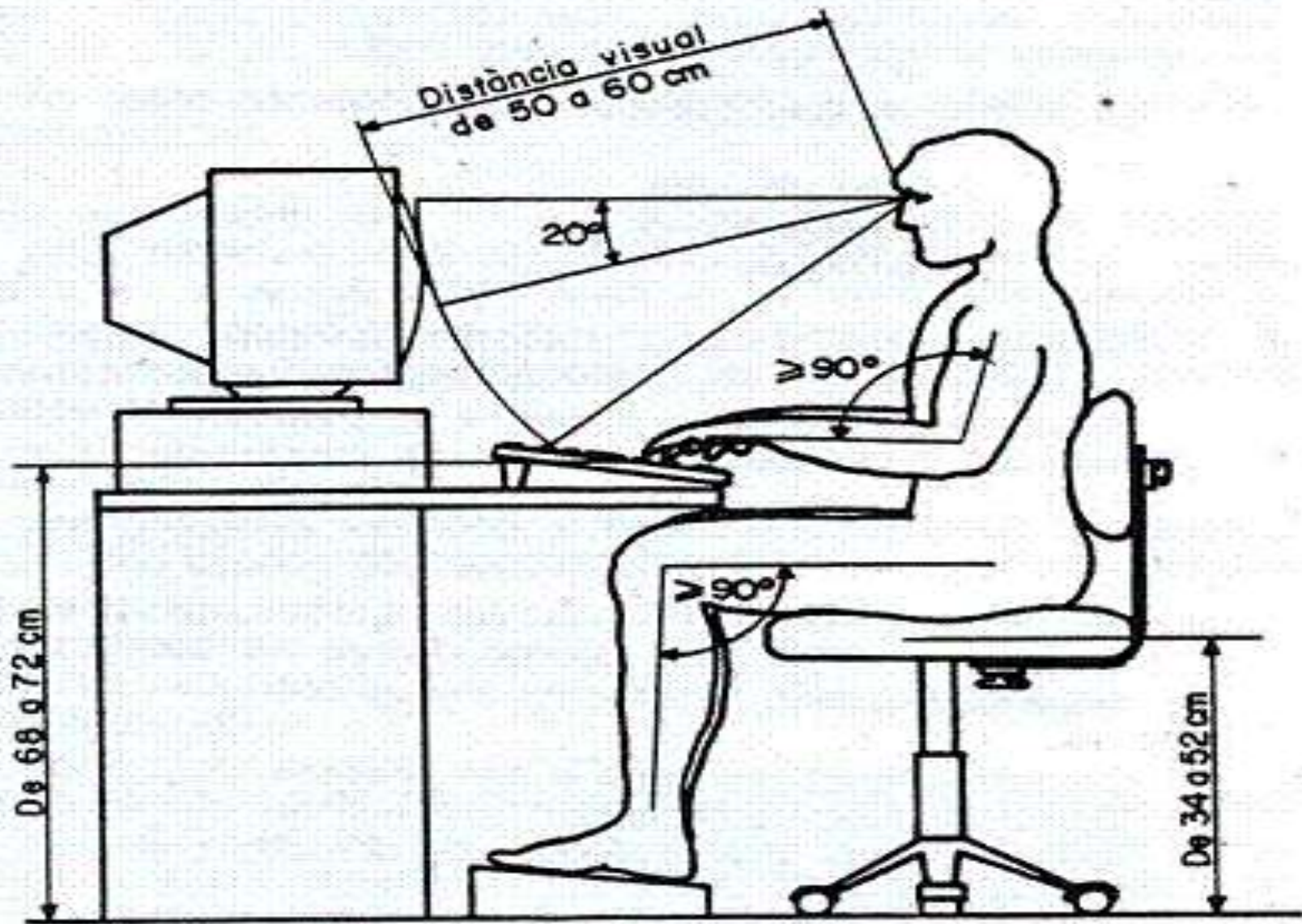
© Pablo Blanes | No 8578 | www.andaluciaimagen.com















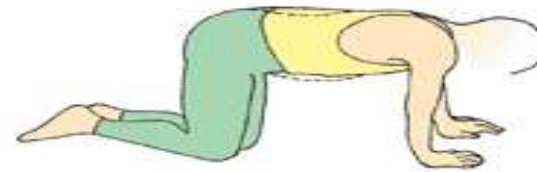


# Ejercicios para dolor en la parte baja de la espalda

abdominales.es



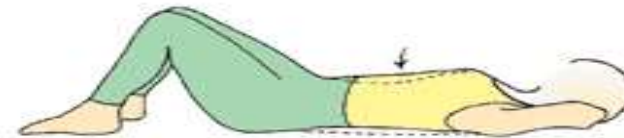
**Estiramiento erguido del muslo**



**Gato y camello**



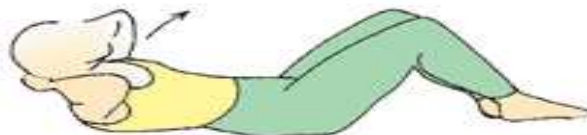
**Estiramiento de brazos y piernas**



**Inclinación de la pelvis**



**Rotación del tronco inferior**



**Flexión abdominal parcial**



**Estiramiento piriforme**



**Dos rodillas hacia el pecho**



# ***Posibilidades de tratamiento***

















**GRACIAS!!!!**





