

11226  
2ej.  
36

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°1

I M S S

VERACRUZ VER.



RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

ESTUDIO CASUISTICO DE LUMBALGIA  
EN EL CONSULTORIO 26 TURNO B-D.

**TESIS**

Que para Obtener el Postgrado en  
la especialidad de:  
MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

MARIA CRISTINA MOYANO CRUZ

H. VERACRUZ

1980

**TESIS CON  
FALLA DE COBRE**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## C O N T E N I D O

I.- INTRODUCCION

II.- PROLOGO

III.- GENERALIDADES

IV.- COMENTARIOS

V.- CONCLUSIONES

VI.- BIBLIOGRAFIA.

## I.- INTRODUCCION

El ser humano, en su evolución filogenética, desde que adoptó la posición erecta, para desplazarse sobre sus dos miembros posteriores, y liberar los anteriores, presentó el choque de diferentes fuerzas que interactúan para conservar la posición erecta del cuerpo; así como resistir y amortiguar las fuerzas anormales, excesivas, intensas y en ocasiones bruscas, repercutiendo en algunas zonas corporales como la columna vertebral, y en el caso de esta la lumbosacra; presentando algemia de la misma.

Por lo tanto no debe sorprender la elevada frecuencia de esta afección cuyo origen generalmente es variable, haciéndose necesaria la habilidad médica para dirigir una terapéutica fundada en un estudio amplio y detallado.

## II.- P R O L O G O

Durante la elaboración del diagnóstico de salud, del Consultorio 26, turno B-D, se observó que la LUMBALGIA es uno de los motivos de consulta, que se presentó con frecuencia, ocasionando en la mayoría de los casos incapacidad para laborar.

Mi inquietud para la elaboración de esta investigación, nació, cuando uno de los pacientes afectado por lumbalgia, acudió a la consulta exigiendo incapacidad antes de que el médico integrara el diagnóstico y propusiera la misma.

Es por esto que pretendo conocer las causas más frecuentes que originan dicho síntoma; y si estas son motivo de incapacidad, dado que la lumbalgia tiene aspectos subjetivos en su presentación.

Es así como se decide realizar un estudio de todos los derechohabientes trabajadores, que hayan consultado por esta sintomatología en un lapso de doce meses. En el que se investigará los siguientes puntos :

a).- Cuál es el padecimiento más frecuente como causa de lumbalgia.

b).- Si existe relación entre la edad y el sexo en cuanto a la presentación de lumbalgia.

c).- Determinar la relación que existe en tre actividad laboral y lumbalgia.

d).- Con que frecuencia la lumbalgia es - motivo de incapacidad laboral.

e).- La regularidad con que son sometidos a estudio especializado el grupo investigado.

f).- Cuantificar el número de pacientes - que presentaron curación total o parcial.

Para realizar este estudio se cuenta con el Médico Familiar de base, y el Residente de - Medicina Familiar adscrito al Consultorio 26 - turno B-D. El Universo de este Consultorio co-- rrespondió a 1056 derechohabientes donde se eli gió una muestra seleccionada de 60 pacientes -- que presentaron lumbalgia durante el lapso de - estudio del 10. de Marzo de 1978- al 10. de Marzo de 1979.

## III.- GENERALIDADES

El dolor bajo lumbar es una molestia común aunque raras veces, es dramático o importante para el diagnóstico y las habilidades terapéuticas del médico. Es un síntoma que puede provenir de desórdenes del Sist. Músculoesquelético, Vascular, Neurológico, Genito-Urinario, de un hueso elemental o Tumores de Tejidos blandos, o de una enfermedad metastásica. En suma, el dolor bajo lumbar puede ser secundario para elementos funcionales de una naturaleza mecánica músculo-esquelética tales como defectos de postura, obesidad y contractura de estructuras músculo-esqueléticas.

La espalda es una máquina compleja compuesta de huesos y ligamentos integrados, los cuales son activados por los músculos. Los elementos óseos son vitales, responsables en la demanda nutricionales, afectados por los estados metabólicos, y sujetos a reparación o a ser dañados. La identificación roetgenográfica de la patología ósea es pertinente para el diagnóstico del dolor bajo lumbar. La espondilolistesis, un defecto congénito, se presenta como una alteración mecánica lumbar secundaria en la tensión activa en una persona joven; los rayos X, revelan un desplazamiento de un vért

bra sobre otra.

Una variedad de alteraciones puede causar osteopenia, la cual puede estar complicada por una fractura de compresión patológica. Las lesiones destructivas secundan hacia un carcinoma metastático son obviamente en casos avanzados. El diagnóstico se puede hacer en un examen técnico óseo de enfermedad del disco.

Las funciones del disco intervertebral, en el momento de un estado de choque, permiten la mosión entre los cuerpos vertebrales y distribuyen las fuerzas de carga.

El disco es vulnerable a la tracción de las fuerzas de compresión, de mosión y carga. El trauma causa cambios degenerativos motivados por una estreches del espacio interligamentoso. Los cambios degenerativos en la columna lumbar ocurren más frecuentemente entre, el ligamento lumbosacro, y el ligamento entre la 4a. y 5a. vertebra lumbar. Tales cambios se pueden asociar con una disminución insidiosa en el diámetro en el canal vertebral, causando compresión de la columna dorsal está condición es designada; estenosis espinal.

El dolor bajo lumbar puede ser causado por la reducción de la capacidad funcional del soporte muscular de la columna. La postura esdinámica, demandando la fuerza y firmeza del -



músculo. El soporte está provisto por los músculos paravertebrales, la caja ósea con sus - músculos intercostales y los músculos abdominales anterior y lateral. La fuerza muscular es comprometida por atrofia y contractura resultado del desuso. La obesidad sobrecarga y fatiga los músculos; la reducción de la capacidad funcional de la musculatura se puede añadir a la incapacidad asociada con una enfermedad orgánica, tiene alteraciones funcionales mecánicas - que pueden ser corregidas. Las causas de las - incapacidades funcionales son intrínsecas y extrínsecas (Tabla No. 1).

#### CAUSAS INTRINSECAS

Mala postura

Debilidad de la musculatura

Contractura de la musculatura

Contractura de las estructuras ligamentosas.

#### CAUSAS EXTRINSECAS.

Obesidad

Protuberancia abdominal.

Mamas pendulares y pesadas

Contracturas musculares

Contractura de la flexión de la cadera.

TABLA No. 1.

La inactividad física se debe en ciertos pacientes al temor de precipitar episodios de dolor bajo lumbar o a una característica de la personalidad, o a achaques físicos, pero cualquiera que sea la causa, la inactividad da por resultado una incapacidad funcional.

La mala postura crea alteraciones mecánicas evidenciadas por un aumento de lordosis lumbar, en tórax plano y en abdomen prominente. La postura incorrecta causa debilidad y fatiga muscular. La carga acentuada a través de la columna lumbar son anormales y producen dolor bajo lumbar. Las contracturas de los músculos y ligamentos paravertebrales, son el resultado de la inactividad que limita la movilidad y causa rigidez. La rigidez inicia el dolor bajo lumbar. Las contracturas van acompañadas por una debilidad muscular que acelera los elementos funcionales. Igualmente, la tensión o contractura de los músculos y ligamentos limita la movilidad de la pelvis a través de los ligamentos de la cadera y, secundariamente inhibe la flexión primaria de la columna lumbar.

La postura y fuerza del músculo y la resistencia, están comprometidos por una sobrecarga mecánica asimétrica secundaria a unas mamas pesadas y pendulas o a una protuberancia abdominal anormal. La lordosis lumbar normal -

aumenta en un esfuerzo para compensar la simetría de la carga que da como resultado dolor - bajo lumbar.

Típicamente, el paciente con dolor bajo-lumbar secunda a uno a más de esos elementos - funcionales; es físicamente inactivo, obeso y "fuera de condición". La inactividad dirige al desarrollo insidioso de los músculos inelásticos, atroficos. Así pues estos pacientes están rígidos, inmóviles y débiles.

Después del diagnóstico y de la evaluación de una consulta apropiada, el paciente - con enfermedad orgánica seria, debe recibir - tratamiento médico o quirúrgico. El paciente - con imposibilidad secundaria necesita un programa de rehabilitación intensiva para restaurar la movilidad de la columna y las extremidades inferiores, y para realizar competencia de la dinámica muscular abdominal y espinal. Los defectos de la postura de cualquier etiología - deben ser corregidos.

White y Rusk contribuyeron al trabajo - del pionero sobre la necesidad de los ejercicios de rehabilitación.

Desde aquella vez los beneficios del - - ejercicio, como un medio de preservar o perfeccionar la salud, ha sido reconocido mundialmente. En relación al sistema músculo esquelético,

la resistencia del músculo gradiente, y los ejercicios de elasticidad tales como saltar la cuerda, realzan el poder muscular y los músculos contraídos y ligamentos. El ejercicio restablece la movilidad, incrementa la resistencia muscular, perfecciona el control de la postura y disminuye la fatiga

El dolor bajo lumbar no puede ser desechado, como una queja sin importancia. Demanda una completa investigación, incluyendo una historia clínica adecuada, un examen completo y estudios de laboratorio y roentgenográficos apropiados. El tratamiento de dolor bajo lumbar, requiere evaluación cuidadosa y juicio clínico. Un diagnóstico firme y bien fundado es necesariamente para un régimen terapéutico-racional.

## IV.- COMENTARIOS .

## CUADRO NUMERO 1.

CLASIFICACION Y PORCENTAJE POR SEXO Y EDAD DEL GRUPO ESTUDIADO AFECTADO POR LUMBALGIA.

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
20-24	10	2	12
25-29	16	4	20
30-34	9	0	9
35-39	7	1	8
40-44	2	0	2
45-49	2	1	3
50-54	0	1	1
55-59	4	0	4
+ 60	1	0	1
TOTAL	51	9	60
PORCENTAJE	74.3%	25.6%	100%
Porcentaje en base a población total.	6.4%	3.3%	9.7%

FUENTE.- Población obtenida del archivo individual del Consultorio 26 turno B-D, de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, del IMSS, de Veracruz, Ver. 1978.

COMENTARIO.- Observese una proporción mayor -- (6.4%) para el sexo masc. en relación con una proporción menor (3.3%) para el sexo fem. Note se que la frecuencia mayor de presentación de LUMBALGIA, oscila entre los 25-29 años de edad.

## CUADRO NUMERO 2

TABLA DE OCUPACIONES SEGUN LA CLASIFICACION INTERNACIONAL UNIFORME DE OCUPACIONES ( C. I. U. O. )

GRUPO OCUPACIONAL,	TOTAL	PORCENTAJE
GRUPO 1	2	5%
GRUPO 2	0	0
GRUPO 3	12	20%
GRUPO 4	5	8.33%
GRUPO 5	10	16.66%
GRUPO 6	1	1.6%
GRUPO 7	24	40%
GRUPO 8	5	8.33%
TOTAL	60	100 %

FUENTE.- Kardex del archivo general del IMSS., Veracruz, Ver. 1978.

COMENTARIO.- Observese que el porcentaje mayor lo ocupa el grupo 7 ( 40% ), le siguen en frecuencia el grupo 3 con el ( 20% ) y el grupo 5 ( 16.66% ) siendo representativo el grupo 7 -

que corresponde a los obreros no agrícolas, --- conductores de máquinas y vehículos de transporte, y trabajadores similares, el grupo 3 corresponde al personal administrativo y trabajadores similares, el grupo 5 corresponde a trabajadores de los servicios.

\* Clasificación anexada al final.

### CUADRO NUMERO 3

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE SINTOMAS Y SIGNOS -- REFERIDOS.

SINTOMAS Y SIGNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DOLOR POSTURAL	57	95%
DOLOR AL ESFUERZO	53	88%
HIPERESTESIA	24	40%
CONTRACTURA MUSCULAR	10	16.66%
SIGNO DE LASSEGUE	1	1.66%

FUENTE.- Expediente del archivo clínico individual, Consultorio 26 turno B-D, IMSS. de Veracruz, Ver.

COMENTARIO.- Entre la sintomatología referida encontramos que los porcentajes son mayores, correspondiendo al dolor postural, y dolor por esfuerzo; siendo la hiperestesia de menor porcentaje, así como los signos aún de menor porcentaje.

## CUADRO NUMERO 4

METODOS DE DIAGNOSTICO UTILIZADOS EN EL GRUPO  
DE PACIENTES ESTUDIADOS.

EXAMENES DE LAB. Y GABI NETE.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BIOMETRIA- HEMATICA.	1	1.66%
GENERAL - DE ORINA.	5	8.3%
RAYOS X.	21	35%
TOTAL	27	44.96%

FUENTE.- Expediente del archivo clínico indivi  
dual del consultorio 26 turno B-D, del IMSS. -  
de Veracruz, Ver.

COMENTARIO.- Entre los métodos de diagnóstico-  
el más fué el radiológico, utilizado en 21 pa-  
cientes (35%) y en un porcentaje menor el exa-  
men general de orina (8.3%)



## CUADRO NUMERO 5

TIPOS DE DOLOR LUMBAR BAJO CON PORCENTAJE DE -  
FRECUENCIA DE CAUSAS DIAGNOSTICAS.

C A U S A S		FRECUENCIA	PORCENTAJE
MECANICAS	CONGENITA	2	3.33 %
	ADQUIRIDA	1	1.66 %
TRAUMATICAS	TEJ. BLANDOS	50	83.33 %
	HUESOS	1	1.66 %
DEGENERATIVAS		6	9.99 %
INFLAMATORIAS	BACTERIANOS	0	0
	NO ESPECIFICAS	0	0
ENFERMEDADES OSEAS DEGENERATIVAS		0	0
NEOPLASIAS		0	0
DOLOR REFERIDO		0	0
TOTAL		60	100 %

FUENTE.- Expediente del archivo clínico individual del consultorio 26 turno B-D, del IMSS. - de Veracruz, Ver.

COMENTARIO.- En este cuadro se observa que la causa de lumbalgia correspondió a un porcentaje mayor para la traumática (83.33%) siendo el menor porcentaje para las degenerativas y -

mecánicas congénitas y adquiridas. Las demás - causas no fueron representativas.

CUADRO NUMERO 6

TERAPEUTICA EMPLEADA Y PORCENTAJE EN EL GRUPO DE PACIENTES ESTUDIADOS.

FARMACO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
METOCARBAMOL	51	85 %
ACIDO ACETIL SALICILICO	48	80 %
OXIFENILBUTAZONA	44	73 %
PIRROLICOS	16	26.6%
D.P.S.	9	15 %
QUIRURGICO	1	1.6%

FUENTE.- Expediente del archivo clínico individual del Consultorio 26 turno B-D del IMSS., - Veracruz, Ver. 1978.

COMENTARIO.- Los tratamientos son variables en contrándose que el más usado, es a base de metocarbamol (85%); ácido acetil salicílico (80%) oxifenilbutazona (73%); siendo el porcentaje menor, para pirrólicos y D.P.S. ; y es casi nu lo para el quirúrgico con 1.6%.

## CUADRO NUMERO 7

TIPO. DE ATENCION RECIBIDA EN EL GRUPO DE PACIENTES ESTUDIADOS.

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICINA FAMILIAR	60	100 %
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	11	18.3%
MEDICINA FISICA	2	3.3%

FUENTE.- Expediente del archivo clínico individual del Consultorio 26 turno B-D, del IMSS. - Veracruz, Ver. 1978.

COMENTARIO.- El tipo de atención recibida por el paciente inicialmente fué por su médico familiar, notándose que sólo el 18.3% de estos - pasó a Traumatología y Ortopedia, y de estos - el 3.3% pasó a Rehabilitación.

## CUADRO NUMERO 8

RELACION POR EDADES DE INCAPACIDADES DE QUE FUE  
RON OBJETO LOS PACIENTES CON LUMBALGIA.

EDADES	ENFERMEDAD GENERAL	ACCIDENTE DE TRABAJO	SIN INCAPA CIDAD.
20-24	2	5	5
25-29	33	9	8
30-34	5	3	1
35-39	4	1	0
40-44	0	2	1
45-49	0	0	1
50-54	1	1	2
55-59	0	0	1
+60	0	0	1
TOTAL	16	22	22
PORCENTAJE	26.6%	36.6%	36.6%

FUENTE.- Expediente del archivo clínico individual del Consultorio 26 turno B-D, del IMSS Veracruz, Ver. 1978.

COMENTARIO.- El tipo de incapacidad que con más frecuencia se utilizó fué el que corresponde a la categoría de accidente de trabajo, correspondiendo a una 36.6% y por enfermedad general de 26.6%; así como también el 36.6% no fué objeto de incapacidad.

## CUADRO NUMERO 9

CUADRO REFERENTE A LA CURACION APARENTE OBTENIDA EN EL GRUPO ESTUDIADO.

TIPO DE CURACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARCIAL	17	28.5 %
TOTAL	43	71.6 %
TOTAL	60	100 %

FUENTE.- Expediente del archivo clínico individual del consultorio 26 turno B-D del IMSS de Veracruz, Ver. 1978.

COMENTARIO.- Es altamente significativa la cifra obtenida de curación total de los pacientes en estudio con un porcentaje de 71.6%, -- siendo para la curación parcial, un menor porcentaje, que correspondió al 28.5%.

## V.- CONCLUSIONES

1.- El sexo masc. es el que fué más afectado por dicho síntoma, como pudo observarse - en el cuadro No. 1 con un porcentaje de 74.3 % de los 60 pacientes, objeto de estudio y correspondiendo a un 6.4% en relación a la población total derechohabiente.

2.- La edad, también es significativa en cuanto a la presentación de LUMBALGIA, ya que el grupo oscila entre los 20-29 años de edad, - que fué el más afectado correspondiendo a un - porcentaje total de 37.5%, como puede observarse en el cuadro No. 1.

3.- La ocupación parece tener relación - con la presentación de LUMBALGIA, por el tipo de trabajo desempeñado, ya que dentro de la - C.I.U.O., el grupo 7 que representa, a los - obreros, conductores de máquinas y vehículos - de transporte y trabajadores similares, fué motivo del 40% del grupo estudiado, que presentó LUMBALGIA, y las demás actividades laborales - en un porcentaje menor.

4.- Es asombroso, que el dolor bala lumbar se haya acompañado de pocos signos, y de - estos el porcentaje es mínimo, por lo que nos hace pensar que el estudio de estos pacientes, no se realiza integralmente o bien por lo sub-

jativo del padecimiento se presta fácilmente a simulación.

5.- El estudio de los pacientes utilizando los métodos auxiliares de diagnóstico fué en un gran número de casos insuficiente, como pudo observarse en el cuadro número 4, en el que sólo a 21 pacientes de los 60 estudiados se le realizó estudio de gabinete, y en 6 pacientes exámenes de laboratorio. Sin embargo debe ser demostrativo, el hecho de que 10 de los pacientes, en los cuales se utilizó estudio de rayos X, si se encontró la existencia de patología orgánica.

Es por esto que se concluye que dichos pacientes fueron objeto de un mal estudio.

6.- La patología orgánica que con mayor frecuencia diagnóstico el médico tratante, fué realizado clínicamente, sin tomar en cuenta otros exámenes auxiliares de diagnóstico como puede observarse en el cuadro No. 5, en el que corresponde al 83.3% para las causas traumáticas de tejidos blandos, y si recordamos el cuadro No. 3, referente a los síntomas y signos en el que el mayor porcentaje fué casi exclusivo de los síntomas, siendo en un mínimo porcentaje el referente a los signos hallados es por esto que se suma más a lo expresado anteriormente dicho, que el grupo estudiado fué

objeto de un mal estudio.

7.- La terapéutica empleada, aparentemente dió resultados satisfactorios, ya que la cu ración total obtenida fué del 71.6%.

8.- Es notable, el porcentaje elevado en que dicho síntoma fué motivo de incapacidad, - correspondiendo a un total de 63%, es por esto que siendo la LUMBALGIA, uno de los síntomas - incapacitantes sean estos pacientes objeto de un estudio integral completo, para tratar de - encontrar la patología orgánica causante.



## RESUMEN

El dolor bajo lumbar amerita un estudio integral del paciente para llegar a conocer el origen orgánico de este, ya que es un padecimiento altamente incapacitante, sin llegar a establecer un diagnóstico preciso de la patología causante, y es por esto que muchos de estos pacientes acudirán de nuevo, con dicho síntoma, ya que el tratamiento instalado, sólo fué sintomático, pues ya se mencionó antes que los signos y los estudios de laboratorio y gabinete no fueron representativos.

Es preciso señalar el alto poder diagnóstico que tienen los estudios auxiliares como son el laboratorio y gabinete.

Es por esto que ya habiéndose realizado un estudio integral del paciente, y habiéndose obtenido los resultados similares a estos, hay que sospechar la simulación del padecimiento, por la presentación subjetiva que la acompaña.

CLASIFICACION INTERNACIONAL UNIFORME DE OCUPACIONES ( C. I. U. O. ).

GRUPO 1.- Profesionales, técnicos y trabajadores similares.

GRUPO 2.- Directores, funcionarios públicos superiores.

GRUPO 3.- Personal administrativo y trabajadores similares.

GRUPO 4.- Comerciantes y vendedores.

GRUPO 5.- Trabajadores de los servicios.

GRUPO 6.- Trabajadores agrícolas, forestales, pescadores y cazadores.

GRUPO 7.- Obreros no agrícolas, conductores de máquinas y vehículos de transporte y trabajadores similares.

GRUPO 8.- Trabajadores que no pueden ser clasificados según su ocupación.

## VI.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA.  
Mayo 1969. VALORACION DEL TRATAMIENTO MEDICO DEL DOLOR LUMBAR BAJO. Pág. 525-540.
- 2.- CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA  
Enero 1968. DOLOR LUMBAR BAJO Y SU TRATAMIENTO CLINICO.. Págs. 55-71.
- 3.- TRIBUNA MEDICA No. 2 TOMO XXXIII. Julio - 1977..
- 4.- TRIBUNA MEDICA No. 10 TOMO XXVI. Mayo - de 1974. Págs. 12-14.
- 5.- MEDICINA DEL TRABAJO.  
DIAGNOSTICO DE LUMBALGIA DE TRABAJO. Págs. 1465.
- 6.- MEDICINA SOCIAL  
PATOLOGIA LUMBOSACRA. Boletfn anual no. 12 Mayo 1970, Abril 1971 60 (3670).
- 7.- INTRODUCCION A LA REUMATOLOGIA  
DONATO ALARCON SEGOVIA. DOLOR LUMBAR Capí tulo XLIV Págs. 185-8.