



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
H. G. Z. No. 8 "SAN ANGEL"

"ABORDAJE INTEGRAL FAMILIAR EN PACIENTES
CON SINDROME DOLOROSO LUMBAR"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :

DRA. ADELA CRISTINA SALGADO CALZADA



MEXICO, D .F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1991



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 está 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.

I N D I C E .

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	4
OBJETIVOS	36
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	37
HIPOTESIS	38
PROGRAMA DE TRABAJO	39
PRUEBA ESTADISTICA	43
RESULTADOS	44
GRAFICAS	48
ANALISIS DE RESULTADOS	61
CONCLUSIONES	65
COMENTARIOS	67
BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	71

I N T R O D U C C I O N

Cuando en un país en vías de desarrollo se encuentran una serie de problemas condicionados por la etapa de desarrollo existente, se piensa que desde el punto de vista médico, la situación que requiere manejo -- prioritario es precisamente la pérdida de salud. Así, se sitúa a la atención médica en primer lugar, en relación a otras actividades implicas en la salud. Se debe conservar la salud en forma integral y no solo restituir la salud física cuando ésta se ha perdido.

El rápido y explosivo progreso de la medicina científica con una gran potencialidad técnica, dió lugar a una abrumadora cantidad de conocimientos y a que fuera posible que una persona por sí misma, pudiera ser experta en todas las modalidades del diagnóstico y del tratamiento, por lo que se fragmentó la profesión en especialidades. Sin embargo, se requiere de quien disponga de una base suficientemente amplia, experta en el manejo de todos aquellos problemas inherentes al paciente y a su familia, ya que la especialización condiciona la fragmentación del paciente y con ello, su inadecuado manejo. Es evidente además que en cualquier sistema de atención de salud debe haber quién establezca el contacto primario.

Para restaurar la primacía de la persona, se necesita una medicina que ponga a la persona en toda su integridad y en el centro del escenario, que no separe al hombre de la enfermedad, y a éste de su ambiente; una medicina que haga la tecnología útil a los valores humanos y que -- mantenga el equilibrio del médico con los conocimientos en una sola área y aquel que lo tiene en varias áreas.

Es por todos conocido que la problemática de salud generada en las actuales condiciones histórico-sociales, momento que se caracteriza por sociedades con estructura, organización, modo de producción, ideología,

tipo de educación, etc.; que determinan de algún modo, cierta patología prevalente de acuerdo a las condiciones de desarrollo del país o región haciéndose ostensibles las contradicciones en este tipo de sociedades - entre la salud y la enfermedad, así como la oportunidad para el acceso a centros de salud.

Se considera a la Medicina Familiar como una respuesta a la problemática de salud individual, familiar, social e institucional, por ello dicha respuesta se dá a diferentes niveles tomando en cuenta el tipo de práctica médica-institucional existente en la actualidad, y el tipo de práctica médica planteada como alternativa de respuesta contemporánea.

La alternativa institucional, particularmente la del Instituto Mexicano del Seguro Social, pretende responder y resolver la problemática de salud que demanda su población amparada bajo su régimen y extiende - una serie de prestaciones a aquella que está fuera de su régimen. Gran parte de sus servicios giran en torno a las prestaciones de tipo médico y en relación directa entre la demanda de salud-enfermedad, y las acciones médico-preventivas para mantener y/o elevar los niveles de salud.

La Medicina Familiar ubicada en el primer nivel de atención médica toma como fundamento al hombre definido como un ser bio-psico-social, - al concepto de salud como un completo bienestar y al concepto de integral como el abordaje del paciente, no como un ente apartado, sino como integrante de un grupo familiar o sistema que forma parte de una sociedad actuando así en el todo, en un proceso dialéctico.

Las dimensiones de la práctica de la medicina familiar son:

- a) Los niveles de la práctica (quién y donde). A nivel individual, familiar y comunitario.
- b) Los patrones de atención (objetivos). De tipo curativo: que incluye urgencia, periódico, continuo, final y mixto; de tipo preventivo: que a nivel primario abarca protección específica y promoción de la salud. A nivel secundario abarca diagnóstico y tratamiento -

oportuno, y a nivel terciario la rehabilitación y la atención preventiva mixta; el patrón preventivo y curativo mixto, y por último el patrón de atención integral: curativa, preventiva, comunitaria, familiar, individual física, emocional y social.

- c) Los miembros del equipo (quiénes). Siendo éste multidisciplinario e incluye a todo el personal relacionado con la atención médica.

Con base en los antecedentes de la familia, considerada como causa de muchos problemas de salud y también como recurso para resolverlos y prevenirlos al mismo tiempo, tanto a nivel familiar como social por ser la base de la misma; a la atención integral como método de abordaje familiar que permite que el terapeuta quede inmerso en el grupo familiar con la ventaja de vivenciar la problemática dentro y fuera del grupo, - como elemento catalizador y esclarecedor de los supuestos básicos, desestructurando y reestructurando, mejorando la comunicación, la pertenencia, la pertinencia, el aprendizaje, la escala básica de valoración de un grupo con esquema conceptual-referencial, operativo que tiene una ta rea que tiene implícita y explícita, y al aprendizaje o adaptación acti va a la realidad. Y por último, ya que el triplé de la medicina familiar y sobre el cual descansan los procedimientos tendientes a conservar la salud, está constituido por actividades de asistencia, de investigación y de enseñanza.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

SINDROME DOLOROSO LUMBAR

En la actualidad el concepto de enfermedad no se concibe solo como resultado de procesos en el organismo individual, sino también como la respuesta biológica a estímulos externos que actúan sobre éste. A nivel general, la salud y la enfermedad son producto de la relación del hombre con la naturaleza y su medio ambiente. Por lo tanto, la enfermedad no puede ser considerada solo desde el punto de vista biológico, sino más bien, por la interacción del hombre y su medio ambiente. (33)

Con el aumento del estrés que implican las condiciones y ritmo de vida actual, las reacciones biopsicológicas del aparato locomotor se presentan con mayor frecuencia y con varios cuadros clínicos que se ven agravados por un estado de tensión importante. (18)

De acuerdo con todo lo anterior, en el proceso de desarrollo lumbar existe una interacción dinámica entre los factores de tipo biológico psicológico y ambiental, y ninguno de los anteriores por sí mismo es suficiente para causar dicho padecimiento. Es necesario la presencia de ellos aunque en diferentes grados (18)

Ahora bien, el médico familiar es el primer contacto profesional del paciente con síndrome doloroso lumbar, para abordar su estudio, diagnóstico, tratamiento y canalización de así requerirse; estando éste capacitado para abordarlo en forma integral familiar al igual que muchos otros pacientes con diversas patologías, ya que de esta forma abarca los siguientes niveles: biológico, laboral, social y psicológico; que son de trascendental importancia para el estudio de los pacientes como entes biosociales y no solo desde el punto de vista biológico. (18) (11) (11)

En muchas situaciones, la inclusión de la familia es necesaria para

que el tratamiento tenga éxito, ello le permite al médico tener una visión más íntima del individuo, tanto en salud como en enfermedad, así como de la unidad familiar como parte específica de la sociedad, en cualquier momento. (18) (11)

Por otro lado, en la práctica de la medicina familiar hay muchas variantes de instrumentos que son adecuados para la valoración integral familiar, sin embargo, es necesario utilizar los considerados de mayor validez y confiabilidad. (18) (19)

Ahora en el caso del paciente con síndrome doloroso lumbar, toman do en cuenta lo expuesto, no queda duda que el médico familiar, primer contacto con los pacientes, deba realizar un abordaje efectivo integral familiar con los instrumentos adecuados, para con ello lograr un mayor éxito en el manejo.

HISTORIA

Los hombres han sufrido de dolor lumbar desde los comienzos de la historia; desde que el hombre tomó la posición erecta, se ha presentado esta patología como una de las enfermedades que frecuentemente lo han incapacitado. (3)

Las culturas primitivas lo atribuían a trabajo de los demonios; - los griegos reconocieron los síntomas como pertenecientes a una enfermedad y en el siglo XVIII, Cotinnus atribuyó el dolor al nervio ciático. (3)

Gradualmente, a medida que la medicina avanzó como ciencia, aumentó en forma notable el número de diagnósticos específicos en relación a la patología lumbar (3). Así, Hult, en sus estudios, calcula que un 80% de la población total ha sufrido dolor lumbar en algún momento de su vida. (3)

A pesar de los conocimientos sobre la patología desde la antigüedad, de los avances tecnológicos para determinar el verdadero problema en cada paciente, el dolor lumbar sigue siendo en ocasiones un enigma - para la sociedad moderna y un gran dilema para la población médica. Es decir, a pesar de los adelantos tecnológicos modernos, existen cuadros dolorosos manifestados por los pacientes que no muestran alteraciones - en sus estudios diagnósticos, desconociéndose su verdadera fisiopatología. (2) (3)

S I N O N I M O S

Síndrome doloroso lumbar, lumbago, lumbalgia, dolor bajo de espalda y sacrolumbalgia de esfuerzo.

D E F I N I C I O N E S

En relación al dolor lumbar, el término "síndrome" permanece en - la terminología actual. Se define al síndrome doloroso lumbar, como a-quel cuadro doloroso de evolución aguda, crónica o recidivante, difuso o localizada, que se asienta en la región lumbar, central o paravertebral y que puede irradiarse a región dorsal, sacroiliaca, clática o cruiral. (1)

E P I D E M I O L O G I A

El costo para la sociedad y para el mismo paciente en forma de - tiempo de trabajo, compensaciones, estudios diagnósticos y tratamiento es alto, en ocasiones impresionante.

Mientras se estudia un paciente lumbálgico, frecuentemente debe in- capacitársele, así mismo cuando la etiología del cuadro o las secuelas y recaídas lo ameritan, siendo lo anterior de un costo económico verda- deramente alto. (2) (3)

En E.U. se calcula que un tercio de miles de millones gastados por manifestaciones lumbares está destinado al tratamiento y el resto en pagos de incapacidades, sin incluir al ausentismo, el cual si bien varía con el tipo de trabajo, compite con el resfrío común en el total de días trabajados. (2) (3)

En el informe de la jefatura de servicios Médicos del IMSS, correspondientes a 1980, se reporta a la lumbalgia en 6º lugar de motivos de consulta de especialidades. (11)

El servicio de Medicina del Trabajo del HGZ No. 24. Deleg. No. 1 Noroeste, D.F., en su informe correspondiente a 1984, reporta al esguin ce lumbar en 3º lugar como accidente de trabajo y a la lumbociática en primer lugar como motivo de consulta. (11)

En investigación realizada en 1985 en la UMF No. 20 IMSS del D.F. se encontró que en 1985, se incapacitaron 16 782 pacientes, de los cuales 1 161 (6.9%) lo hicieron por síndrome doloroso lumbar, generando un total de 30,212 de incapacidad, con un promedio de 26/días/año/paciente (11).

En datos tomados del diagnóstico de Salud de la UMF No. 8 Deleg. 3 suroeste, IMSS D.F., del mes de julio de 1988 a junio de 1989, tenemos que el trastorno del dorso aparece como 6º lugar de incidencias dentro de los principales padecimientos de mayor demanda, con un número de casos de 1,013 correspondientes a una tasa de 13.31 por 1,000 d.h., siendo su fuente de información los formatos 4-30-6 de la consulta externa de Medicina Familiar. (32)

En dicho diagnóstico de Salud, la población mayor de 15 años representa el 70.5% de los derechohabientes de la UMF No. 8. La población dentro de las edades productivas de ambos sexos representa el 43.67%.

En encuesta aplicada al servicio de Trabajo Social Médico, se encontró que el sector secundario (industria de la transformación) ocupa la actividad económicamente preponderante 72.73%. (11)

En la UMF No. 8 Deleg. 3 suroeste IMSS D.F., se encuentra con un total de derechohabientes de :

Medicina Familiar	76,052
Unidad	102,487
Zona	396,547

En análisis a los daños de la salud en función de la distribución por grupos etáricos de 1988 a 1989, los trastornos del dorso en el grupo de 5 - 14 años, hay una tasa de incidencia anual por 1,000 hab. derechohabientes (casos de primera vez), de 21 - 0.27, en el grupo de 15 - 24 años 155 - 2.03, en el grupo de 25 - 44 años 513 - 6.74, en el grupo de 45 - 64 años 258 - 3.39, y en el caso de 65 y más años encontramos 65 - 0.85; datos que indican la necesidad de llevar a cabo programas de detección oportuna e incrementar programas de prevención. (35)

En análisis en función de tiempo se observó una variación estacional de los principales padecimientos según la demanda de la consulta externa de Medicina Familiar, donde los trastornos del dorso muestran una estabilidad a excepción de la temporada de verano. (35)

A N A T O M I A

La columna lumbar es el sitio donde puede valorarse, de mejor manera comprendiendo las unidades funcionales que la constituyen, los sitios de dolor. La unidad funcional está constituida por dos segmentos: la porción anterior, que es la estructura de soporte de peso, y la porción posterior que funciona como guía direccional. (1)

La porción anterior está constituida por dos cuerpos vertebrales separados por un amortiguador hidrodinámico, el disco intervertebral.

El disco intervertebral es un cuerpo fibrocartilaginoso que conecta en forma segura dos cuerpos vertebrales adyacentes. El disco comprende tres partes: láminas de cartilago hialino en cada extremo de los cuerpos vertebrales; el anillo fibroso, compuesto por láminas concéntricas, es más grueso en su parte anterior y lateral, y un núcleo pulposo localizado en el centro.

Los elementos posteriores están constituidos por pedículos y láminas que forman el arco circular que contiene el conducto raquídeo. El arco vertebral posterior contiene las apófisis articulares de las unidades funcionales. Las fascetas de las apófisis articulares están compuestas por cartilagos articulares en sus superficies de oposición y tienen una cápsula sinovial y líquido sinovial. Por sus formas y verticalidad se articulan con una o con otra, para permitir movimientos en direcciones específicas y para impedir o modificar direcciones opuestas de movimiento. Debido a su plano sagital, vertical en la región lumbar, las fascetas permiten flexión, extensión, pero impiden o restringen flexión lateral y rotación. No sostienen peso. Con la columna extendida y discreta flexión anterior soportan el 10 al 12% del peso corporal. (1) (3)

La pared posterior del conducto raquídeo, la pared anterior de los pedículos y las láminas, están cubiertas por el ligamento amarillo. Es un ligamento longitudinal, elástico que se extiende a todo lo largo de la columna vertebral. Su función es evitar que la cápsula redundante choque entre superficies articulares adyacentes durante la extensión de la columna y limitar la prominencia capsular hacia el conducto raquídeo durante los movimientos de la columna vertebral.

Completando el arco posterior del cuerpo vertebral se encuentran

las apófisis transversas y la apófisis espinosa en la cual se insertan los ligamentos intervertebrales de sostén y los músculos intervertebrales que activan el movimiento de la columna vertebral. (1)

Los agujeros intervertebrales están formados por dos pedículos adyacentes superiores e inferiores. Por delante se encuentran los cuerpos vertebrales, los discos intervertebrales y el ligamento intervertebral-común. Por atrás están situadas las facetas articulares, sus cápsulas y el ligamento amarillo. A través de los agujeros de conjunción salen las raíces nerviosas, su vaina dural y ramas del nervio recurrente meníngeo (Muschka). Las raíces nerviosas tienen un trayecto descendente en la cola de caballo. (1) (3)

A medida que los nervios descienden en el conducto raquídeo atraviesan el disco intervertebral, salen por el agujero de conjunción formando dos pedículos y entonces se inclinan hacia abajo, afuera y adelante, y salen a nivel de la inserción del músculo psoas al llegar a la altura del disco inferior (1).

En la columna cervical las raíces nerviosas salen en dirección horizontal, en la región lumbar se inclinan para salir casi en dirección vertical, por ello están localizadas en una posición superior al punto de salida. La flexión anterior del cuello tensa los nervios lumbares y sacros. (1)

El complejo nervioso (raíces y vainas) no está adherido a la pared del agujero, y así permite movimientos y tensión dentro del agujero pero tienen un límite de elasticidad. Dicho complejo ocupa del 35 al 50% del espacio del agujero intervertebral, teniendo pues amplio espacio. - (2) (3)

El resto del espacio está lleno de tejido conjuntivo areolar laxo

y tejido adiposo, através del cual pasan la arteria vertebral, numerosas venas, linfáticas y ramas del nervio recurrente meníngeo. (1)

FISIOPATOLOGIA

La sustancia intercelular del disco contiene 80% de agua. Varía desde 88% al nacer hasta 70% en la senectud.

La vejez, junto con los microtraumatismos múltiples, hacen que -- las láminas del cartilago se vuelvan más delgadas y la superficie posterior del anillo se fragmente. Hay cierta invasión del tejido de granulación del cuerpo vertebral junto con la pérdida gradual de agua y el núcleo pierde su capacidad para fijar agua; así disminuye la presión dentro del disco. La mayor edad o el traumatismo producen disminución de la concentración de polisacáridos protéicos y el disco se vuelve más fibroso, menos elástico e inerte desde el punto de vista hidrodinámico.

(1) (24)

Los cambios degenerativos reducen la eficacia del disco intervertebral. Estos cambios pueden ser debidos a la vejez, a un precursor genético o a factores químicos o a microtraumatismos. Se altera la hidrodinámica, ya que el disco es un amortiguador hidráulico; la presión en el núcleo tiende a separar las vértebras y las fibras anulares las mantienen unidas. A medida que se añade peso a la unidad, los cuerpos vertebrales se aproximan por deformación del núcleo. (1)

La nutrición del disco sigue siendo un misterio. En el periodo neonatal, vasos sanguíneos penetran las láminas vertebrales terminales e irrigan el disco; estos vasos sanguíneos son obstruidos en la adolescencia y el disco se torna avascular. Se ha refutado que la nutrición es por inhibición. (1)

Esta forma una bomba de inhibición de coloide. Hay numerosos espasmos

cios medulares por debajo de la lámina endocondral que conecta la irrigación del hueso con el disco y permiten la difusión de solutos. Estos espacios son más numerosos en la región anular que en el disco, explicando posiblemente la degeneración temprana del núcleo y de la superficie posterior del disco. (1)

En la actualidad se considera que el disco no tiene inervación en su sustancia. Numerosos investigadores han rastreado nervios en diversas etapas de mielinización y demielinización a la periferia del anillo fibroso, pero no se ha verificado la entrada de nervios en la sustancia de un disco íntegro normal.

Como se mencionó anteriormente, el complejo nervioso ocupa del 35 al 50% del espacio del agujero intervertebral; si se redujera el disco, el agujero intervertebral se estrecharía a medida que se eleva la apófisis articular superior de la vértebra inferior, introduciéndose así en el contenido del agujero. Aunque muchos tejidos circundantes se introducen hay en él espacio adecuado, antes de que los nervios sean presionados, implicando que la fricción sobre el nervio en su salida puede ser un factor importante de síntomas. (24)

En cuanto a las curvas de función de la columna vertebral: comprende unidades funcionales sobrepuestas. Consta de siete vértebras cervicales, doce dorsales y por lo general, cinco lumbares; además presenta curvas de función, donde una convexidad anterior en las regiones cervical y lumbar constituye las lordosis, observándose una curva opuesta, con convexidad posterior llamada xifosis, en las regiones dorsal y sacra. (1)

Estas curvas de función no están presentes al nacer. El recién nacido tiene una columna vertebral con una curva cifótica total, lo cual es probable a la ausencia de discos intervertebrales. A medida que se desarrolla el niño, la elevación de la cabeza inicia la lordosis cervi-

cal y la extensión completa de la columna vertebral en la posición erecta crea gradualmente la lordosis lumbar; se presume que ésta sea causada en parte por deficiencia para distender por completo el músculo ileo psaos.

En la posición vertical toda la columna vertebral es sostenida en una base sacra oblicua que oscila entre las dos articulaciones de la cadera. El ángulo de la superficie superior del sacro se denomina ángulo lumbosacro. (1)

Sobre esta base sacra, se equilibra toda la columna vertebral con todas sus curvas fisiológicas. Todas las curvas dependen del ángulo lumbosacro para mantener su equilibrio con el centro de gravedad. El aumento de un ángulo demanda en un aumento del otro. Hay diversos grados de ángulos lumbosacros, lo cual depende de diferencias culturales, genéticas y raciales. Cambios en este ángulo son también causados por hábitos defectuosos, laxitud ligamentosa y tono muscular. (1)

Por otro lado, el equilibrio erecto requiere de equilibrio biomecánico. Puesto que la columna vertebral es flexible parecería necesario un esfuerzo muscular para mantener la relación de la columna con el centro de gravedad. Si esto fuera cierto, se produciría fatiga muscular y colapso de la columna vertebral. La naturaleza ha prevenido ello, permitiendo que la columna sea sostenida sobre una estructura ligamentosa. La curva lumbar tiene una mayor lordosis, situando su apoyo sobre el ligamento común anterior y por atrás sobre las apófisis articulares. (1)

Puesto que la flexión anterior de la columna lumbar es esencialmente una inversión de la lordosis lumbar hacia una ligera xifosis lumbar, la flexión total del cuerpo requiere de rotación simultánea alrededor de las articulaciones de la cadera por parte de la pélvis a medida que la columna lumbar se flexiona. La flexión de la columna lumbar sincrónica con la rotación pélvica se denomina "ritmo lumbar pélvico". (1)

Puesto que la postura erguida es esencialmente una posición que depende de soporte ligamentoso, debe desarrollarse soporte muscular al momento de la flexión anterior del centro de gravedad. Conforme ocurre esto, los músculos espinales se alargan para desacelerar la flexión anterior, ello es un reflejo aprendido, pero su suavidad y eficacia requiere coordinación neuromuscular. La condición física deficiente puede también, al aumentar los elementos de fibrosis del sistema muscular, limitar el grado de extensibilidad. (27)

Para recobrar la postura erguida completa los músculos extensores deben acertarse y funcionar como aceleradores o elevadores del cuerpo. Hasta que se logre la postura erguida completa de soporte ligamentoso, debe llevar también a cabo lo inverso del ritmo de flexión lumbopélvica. Debe volverse a adoptar gradualmente la lordosis lumbar a medida que se invierte la rotación de la pelvis, debiéndose hacer una vez más un esfuerzo neuromuscular coordinado y preciso que requiere adiestramiento, práctica y no distracción. (1) (2)

En cuanto a las articulaciones posteriores, las facetas guían la dirección de la flexión y la extensión lumbares e impiden la flexión lateral y la rotación, debiendo observarse esta dirección de reextensión. Ya en flexión anterior, con lordosis invertida, las facetas articulares se separan, permitiendo así cierto grado de flexión lateral y rotación. En la flexión anterior, dicha separación de las facetas sitúan toda la limitación de rotación de la unidad funcional sobre el disco intervertebral. Es probable que en la rotación defectuosa con el cuerpo flexionado ocurre lesión del disco.

Por lo tanto, cualquiera de los siguientes factores puede dar incapacidad dolorosa: alteración del ritmo lumbar pélvico apropiado, ya sea en el acto de flexión anterior o reextensión a la postura erguida; desaceleración o aceleración neuromuscular defectuosa; o violación de la dirección apropiada de reextensión por el plano de las facetas. Los

siguientes factores están relacionados con coordinación neuromuscular - apropiada: adiestramiento adecuado, práctica constante, buen acondicionamiento, y no distracción como ansiedad, ira, apresuramiento, o perturbación. (1) (2) (3)

La lumbalgia puede ser estática o de movimiento. La columna vertebral erguida, no móvil (estática) es capaz de producir dolor e implica una postura anormal, como el factor causal si no hay evidencia de trastornos congénitos u orgánicos. La lumbalgia de origen cinético implica una función neuromuscular defectuosa. (1)

La columna vertebral estática normal, requiere de lordosis lumbar fisiológica, con toda la columna erguida en alineación con el centro de gravedad. No hay soporte de peso en articulaciones posteriores (facetis) los agujeros intervertebrales están abiertos y no hay presión anormal sobre la superficie posterior del disco intervertebral. La postura normal con lordosis excesiva implica apoyo del peso sobre la articulación posterior. Los agujeros intervertebrales son estrechados en el disco intervertebral en su posición posterior: está comprimido y puede protruir para comprimir el ligamento común posterior, o a los lados hacia un agujero intervertebral para comprimir el saco dural de la raíz nerviosa. - Si cualquiera de estos dos tejidos no ha sido previamente irritado o inflamado por traumatismo o tensión no se producirá dolor, de lo contrario sobrevendrá el dolor. (2)

Se ha demostrado que el mantener la postura erguida con flexión anterior de 30° aumenta en forma notable la presión intradiscal y demanda esfuerzo muscular excesivo, por lo tanto, la prolongación durante el día de dicha postura puede ser un factor contribuyente de lumbalgia.(3)

Los tejidos capaces de producir dolor son: el ligamento vertebral común posterior, la raíz nerviosa y sus ramales, las articulaciones posteriores (facetis), los ligamentos y la musculatura de la columna verte

bral, así como el ligamento común anterior y el cuerpo vertebral. (1)

En los movimientos defectuosos con dolor resultante, deben considerarse: (1) los tejidos, ligamentos o músculos pueden estar restringidos en su elasticidad, limitando así una flexibilidad completa; (2) los músculos de la porción posterior del muslo y pierna pueden estar acortados, evitando una rotación pélvica completa y ocasionando mayor carga a la columna; (3) puede alterarse el ritmo lumbopélvico, especialmente en la reextensión de la flexión anterior. Esta alteración puede ser manifestada de las siguientes maneras:

- a) Desaceleración durante la flexión anterior que puede ser errática y causar distensión ligamentosa y muscular.
- b) La reextensión defectuosa puede hacer que asuma su lordosis antes de la inversión de la rotación de su pelvis, produciendo así todas las tensiones de la lordosis estática con adición del esfuerzo muscular excesivo requerido por la posición excéntrica de los dos tercios superiores del cuerpo.
- c) La violación de los planos de movimiento de las facetas articulares puede hacer que el cuerpo se reextienda hacia la lordosis, -- mientras la columna vertebral, todavía está anormalmente rotada. En la desviación, las facetas se alinean en forma simétrica y pueden ser impactadas sobre su contraparte, o las fibras anulares -- del disco pueden ser expuestas a fuerzas de torción rotatorias excesivas con un desgarre fibroso. (1) (2) (3)

FACTORES DE RIESGO

Múltiples factores afectan el desarrollo del dolor lumbar, Frymoyer y cols. (3), señalaron que los factores de riesgo asociados al dolor lumbar comprenden los trabajos que requieren de levantar en forma repetida objetos pesados, al uso de máquinas de precisión o vibratorias

y de mantenimiento de posiciones corporales por tiempos prolongados o inadecuados. (28)

También se ha observado que la mayoría de los pacientes son fumadores y grandes consumidores de tabaco. En estudios previos Frymoyer y cols. (10), observaron que los pacientes que más manifestaban dolor lumbar presentaban más episodios de ansiedad y depresión y también realizaban actividades más intensas y enérgicas. (28) (5)

En relación a mujeres con dolor lumbar, tenían mayor número de embarazos que aquellas sin esta sintomatología; Jackson y cols. (10), señalaron que los pacientes con escoliosis tienen más posibilidades de sufrir dolor lumbar y que en ellos persiste y progresa, tomándose también en cuenta en dichos estudios de influencia de las posiciones corporales inadecuadas así como de calzado inadecuado impuestos por las diferentes modas. (10)

Stevenson, Anderson asociaron el dolor lumbar con factores de riesgo cardiovascular, incluyendo también dolor de miembros inferiores, esfuerzo intenso, actividad física y tensión, a un trabajo monótono y mayor número de horas extraordinarias trabajadas. (14) (20) (15) (26)

Hay muchos factores que influyen sobre la postura del adulto, considerados de riesgo para la lumbalgia, pero tres son los más importantes: posturas hereditarias familiares, anomalías estructurales, congénitas o adquiridas, esqueléticas, musculares o neurológicas y estáticas o progresivas. Y por último, los hábitos culturales. (20)

Feldenkrais dice que la actitud del cuerpo después de estrés emocional repetido es de flexión, con inhibición concomitante de los extensores, y esta postura forma un hábito probablemente desencadenador de lumbalgia. (6)

El estar de pie con flexión de 10° a 15° , produce una carga en los discos lumbares. Esta postura puede simularse en posición sentada con flexión, asumiéndose estas dos posturas en muchas ocupaciones, posiciones riesgosas de los casos industriales de lumbalgia. (5) (28)

El sobrepeso condiciona debilidad en los músculos abdominales, altera la cinésiología del músculo psoasiliaco. Después de 30° de levantamiento de las piernas extendidas, dicho músculo es menos eficaz y más eficientes los abdominales, cosa que no ocurre en los obesos. (2)

E T I O L O G I A

Existen diversas clasificaciones para agrupar las causas del dolor lumbar. Hugo (3), expone las siguientes, ordenadas por frecuencia de presentación:

- a) Por esfuerzo (discopatías, lesión de articulaciones, ligamentos y músculos).
- b) De origen estático (hiperlordosis compensadora, escoliosis por acortamiento de miembro pélvico y pie plano).
- c) Degenerativas (espondiloartrosis).
- d) Visceral (urinario, digestivo, ginecológico, peritoneal y retroperitoneal).
- e) Traumático (contusión, esguince, fractura y luxación).
- f) Del desarrollo (xifosis, escoliosis, osteoporosis senil).
- g) Inflamatorias (reumáticos, espondiloartropatías degenerativas o conectivopatías).
- h) Infecciosas (tuberculosis, osteomielitis, herpes y brucelosis).
- i) Tumoral (Primario o metastásico).
- j) Neurológico (aracnoiditis luética, tumores, esclerosis en placas, tabes, y siringomielia).
- k) Congénitas (vértebras de transición, espina bífida, hemivértebras, espondilólisis y/o listesis).

- l) Intoxicación por metales pesados (radio).
- m) Psicógenas.
- n) Simuladas.
- o) Otras osteopatías (espondiloartropatías, tabética, Paget, origen - endócrino, y descalcificantes).

En relación al inciso que comprende lumbalgias de origen congénito algunos autores no las consideran como causales de lumbalgia, solo son consideradas por algunos como hallazgos radiológicos no causales (13) (16), como así lo refieren Constantino y cols.

En la actualidad, estudios recientes como lo demuestran Trief, Leavit y Cogstat (1) (6) (9) (23), consideran a las lumbalgias de origen - psicógeno como primeras causas de lumbalgia, dada las condiciones de - stress y ritmo de vida actual, y no como están presentadas en la clasificación de Rouge, ocupando los últimos lugares. (11)

C U A D R O C L I N I C O

El cuadro típico que generalmente presentan los pacientes con lumbalgia, es aquél de un adulto joven, con buen estado de salud previo, - el cual al realizar un esfuerzo físico o estar en situaciones de stress presenta dolor punzante o muscular, brusco, súbito o de instalación progresivo en la región lumbar, a intensidad moderada o severa, con duración entre unas horas a semanas en promedio, sin irradiaciones y en mínimas ocasiones a porción inferior de dorso, se refiere exacerbado por movimientos, esfuerzos, tos, defecación y maniobras de valsalva, es disminuido o atenuado por el reposo y analgésicos, mismos que en ocasiones los yugulan y la evolución que muestran es episódica, sin una periodicidad específica. (1)

En ocasiones se presentan variantes del cuadro que dependerán de - su etiología como es el caso de lesiones tuberculosas o de origen reumático y/o tumores cuya primera manifestación es por hallazgo durante -

el estudio del paciente, que hasta el momento había pasado inadvertido - (10) (16), hasta ya mostrar afección del estado general de salud y fiebre. En el caso de un tumor benigno, como lo es el quiste óseo aneurismático, no existen características particulares, se atenúa con el reposo pero reaparece en forma inmediata, sin intervalos. En el osteoma osteoide típico de pacientes jóvenes, que aumenta por la noche y calma -- con el ácido acetilsalicílico. Lumbalgias ocasionadas por tumor maligno no se alivian con el reposo y casi no responden a analgésicos habituales, siendo por el contrario progresivos. (1) (7) (9) (17)

En relación a la evolución de la lumbalgia se menciona que la mayoría de las veces ésta es aguda, considerándose así si en transtorno ha existido menos de dos meses. En la mayor parte de los casos, el transtorno desaparece en forma espontánea sin que quede incapacidad o transtorno residual. Se calcula que 10% de los pacientes se recuperan en un mes el 90% en tres meses, quedando solo el 4% de éstos últimos afectados durante más de 6 meses, de éste cuatro por ciento, solo el 50% regresa al trabajo. (34)

Muchas veces se ignora si el paciente progresará de una conducta dolorosa a una crónica, a pesar de conocer los mecanismos fisiopatológicos del proceso y de haber tomado conductas adecuadas de manejo. A veces es incomprensible la dirección hacia la cronicidad aún cuando las pruebas realizadas muestran u orienten al médico a pensar en una evolución aguda, como lo demuestra Burton (20), Polatin (6), Lanier (8), Weisel (9), y Lee (30), en sus respectivos estudios, y es así como estas conductas crónicas son una de las inquietudes de la práctica médica con tinúan sin resolverse.

A lo anterior Lee-Back (6) (23) (30), demuestran en investigaciones que las manifestaciones agudas, crónicas o recurrencia de síntomas están asociados a problemática emocional, social, familiar, laboral, y al mal seguimiento de indicaciones o esquemas de manejo (11) (31)

Por otro lado, Lainer y Weisel toman en cuenta a los siguientes factores como predictores de la dirección de la evolución del dolor hacia episodios agudos o crónicos: antecedentes familiares, tensiones emocionales, alteraciones congénitas y traumatismos, etc. (8) (9)

EXPLORACION FISICA

Dicha exploración física debe ser valorada desde el hábito exterior del paciente, observando su marcha, maniobras y gestos a su llegada, advertir su estado anímico. Explorar en primera instancia al paciente descalzo y lo suficientemente desnudo cuidando el pudor. En una etapa aguda, la exploración mostrará contracturas musculares, movimientos de extremidades lentos y medidos, y el paciente mantiene su tronco encorvado e inmóvil, y todas sus maniobras tienden a evitar la aparición o exacerbación de su dolor. (7)

A la exploración de pie por inspección, el paciente se encuentra levemente flexionado o inclinado hacia un lado, haciendo que la plomada de la protuberancia occipital caiga dos, cuatro o seis centímetros por fuera del pliegue interglúteo, ocasionado que el pliegue del tallo sea asimétrico y la cadera opuesta sea más prominente. Se puede observar protrusión de una escápula, contracturas musculares y aplanamiento de lordosis lumbar, así mismo atrofias. Generalmente el paciente toma actitudes defensivas como flexionar un miembro inferior, apoyando con suavidad el pie al suelo. (1)

Al solicitar al paciente que realice flexión anterior del tronco éste se desplazará a expensas de cadera y cabeza, manteniendo plano y rígida la región lumbosacra, como inclinándose en bloque y la parte final del movimiento despertará dolor, no así la extensión. Sin embargo, la realiza con lentitud y cuidado.

Las flexiones laterales están limitadas. Al pedir apoyos en un so

lo pie en forma alternada, las contracturas musculares persistirán.

La palpación de las apófisis espinosas zonas paravertebrales, articulaciones sacroilíacas, glúteas, comprobarán contracturas, nódulos, atrofas y puntos dolorosos; haciendo incapié en los puntos de Valleix, que marcan el trayecto del nervio ciático. (1)

Al decúbito ventral, la columna tiende a desplazarse en lordosis, posición intolerable de la lumbalgia, al menos que se dé apoyo con una almohada debajo del abdomen inferior, realizándose nuevamente presión - en los sitios mencionados.

Durante el decúbito dorsal y posición sedente al borde de la mesa exploratoria, se verificará la presencia o ausencia de compromiso radicular lumbosacro, mediante exploración neurológica específica. Se flexiona rodillas y cadera en forma pasiva eliminando así a las articulaciones como origen del dolor, se realiza maniobra de Lassague que consiste en solicitar al paciente una elevación de cada miembro pélvico, con rodilla extendida, cuidando que la cadera continúe en contacto con la camilla. Normalmente el movimiento sobrepasa los 30°, pero un desplazamiento intrarraquídeo de 2 a 10 mm., si hay bloqueo de alguna raíz nerviosa condicionará un dolor intenso, irradiado, que interrumpe la elevación - del miembro al alcanzar 30°, 40°, ó 60°. Dicha maniobra es considerada entonces como positiva y generalmente indica compromiso de raíces nerviosas L5 ó S1. (26) (27)

Existen sucedáneos del Lassague, como son la prueba de Gowers-Pragard, la prueba de Beust, la maniobra de Young, el Lassague contralateral el signo de Purves-Stewart, el signo de Naffziger Jones, que pueden realizarse para investigar si existe compromiso radicular lumbosacro. - (27)

Se examina el trofismo, mediante palpación, tomando en cuenta que las lesiones en S1 darán atrofia de pantorrilla, la lesión del nervio -

crural (L2, L3, L4), ocasionará atrofia del cuádriceps; lesión de S1 y S2 atrofiará al glúteo mayor; y las lesiones de L5 atrofiarán la musculatura anterolateral de la pierna.

La exploración de la sensibilidad mediante la distribución metamérica de las raíces nerviosas; donde la raíz L4 se relaciona con lesiones del tercer disco lumbar, cuyo dermatoma corresponde a la cara anterior y distal del muslo, la cara anterolateral de la pierna hacia el tobillo, pie y dedo gordo; la raíz S1 se relaciona con el 5º disco lumbar cuyo dermatoma abarca cara posterolateral del muslo, pierna, talón, y región plantar externa, borde externo del pie hasta 5º, 4º y 3º dedos (27). La lumbalgia por hernia discal, ocasiona frecuentemente hipalgesia en dermatoma de raíz afectada.

Se realiza exploración de pulsos arteriales, femoral, popíteo, tibial y pedio, para así descartar superposición de sintomatología, por ejemplo, síndrome de Leriche, o arteriopatía periférica. (25)

La exploración de los reflejos incluye al rotuliano, que examina la vía de raíces L2, L3, y L4, lo que indica una probable lumbocruralgia. (26) (27). La presencia o ausencia del reflejo plantar o aquiliano muestra afección de S1.

La exploración de la marcha incluye valoración de funcionalidad del nervio crural (músculo cuádriceps); nervio ciático popíteo (músculos extensores de dedos y flexores dorsales del pie); tríceps y restantes músculos flexores de los dedos son inervados por el ciático popíteo interno. (1)

La lesión de S1 debilita la flexión plantar del pie y en menor grado la flexión de dedos y pronación del pie. Por ello la marcha "de puntas" no puede realizarse, cayendo bruscamente el talón del lado lesionado. (27).

Con el paciente arrodillado en una silla, el pie afectado pende de la pierna en ángulo recto, y en el lado sano mantiene leve flexión plantar, dando lugar al signo de la escuadra o signo de Barre. (31)

Lesión de S5 debilita la flexión dorsal del pie y dedos, y en menor grado la pronación del pie. Así la marcha en talones, no puede regularse, observándose cómo el antepié del miembro afectado no puede efectuar flexión dorsal, o que de lograrlo, el antepié fugazmente cae golpeando la punta contra el piso.

La lesión de L4 debilita la acción del cuádriceps y por ello la flexión dorsal y supinación del pie. (1)

En síntesis, se explora en un paciente lumbálgico actitudes viciosas, aplanamiento lumbar, contracturas musculares, limitación de movimientos, puntos dolorosos, y compromisos radiculares con irradiación de los síntomas a miembros inferiores. (10) (29)

DIAGNOSTICO

El interrogatorio y el exámen físico del paciente con lumbalgia - deben tener por objeto el diagnóstico funcional con base en la valoración estática y dinámica de la columna vertebral del paciente y su relación con la normal.

INTERROGATORIO.

Tal vez sea trivial decir que la afirmación del paciente que sufre dolor en la región inferior del dorso, no necesariamente es un enunciado exacto. El problema es localizar el dolor precisamente en la región lumbar, pues el paciente tal vez se exprese con vaguedad.

Es de utilidad la descripción de las características del dolor, - las palabras "sordo", "agudo" y "quemante", son importantes pues cier-

tos tejidos al estar irritados causarán un determinado dolor con características precisas y determinadas. (29)

El grado de incapacidad que afirma el paciente se debe a su dolor y un examinador experimentado obtendrá la impresión acerca del umbral del dolor del paciente, aunque es difícil valorar el grado de tolerancia a éste. (7)

Después de determinar con exactitud el sitio del dolor, el interrogatorio investigará "el cuando y como" del mecanismo que produce el dolor. Lo cual demuestra su naturaleza estática o dinámica. Se debe evaluar en esta fase los intentos terapéuticos previos y juzgar cuidadosamente el motivo de los fracasos. (1)

Debe tenerse en cuenta otra posibilidad a saber que el paciente necesite ayuda psicológica de sus síntomas, consciente o inconscientemente. Dicha valuación debe realizarse con cuidado. En ocasiones el "placer derivado del fracaso" en algunos pacientes es paradójico pero real. (19)

El interrogatorio debe evaluar las áreas familiares, laborales y sociales, ya que son datos inestimables, causantes de disturbios emocionales, somatizaciones y en ocasiones forman cuadros tan complejos tanto para el paciente como para el examinador. En ocasiones el esclarecimiento de la problemática en dichas áreas es más que suficiente para corregir determinadas patologías o en su caso aminorarlas. (10)

EXAMEN FISICO.

Este es fundamentalmente un intento de reproducir los síntomas del paciente con actividades y movimientos deliberados. Así, el examen confirma la impresión clínica del interrogatorio.

Es importante llevar a cabo los pasos antes descritos en el capítulo de exploración física, no dejando de realizar la exploración neuro

lógica. (1)

El esclarecimiento de los mecanismos precisos cinéticos defectuosos no puede hacer fácil la determinación del componente postural estático, pero a menudo indicará la mecánica defectuosa utilizada por el paciente. (7)

Se debe realizar exploración completa y detallada de la región abdominal no obviándose el examen rectal y/o vaginal, para determinar sitios de origen causal de lumbalgia.

LABORATORIO.

Una buena exploración, como la indicada anteriormente, precedida de una buena historia clínica, permite al médico diagnosticar la mayoría de las lumbalgias. No obstante deben realizarse cuando sea necesario, - pruebas adicionales de laboratorio tales como biometría hemática completa, calcio y fósforo séricos, concentraciones de fosfatasa alcalina y - ácida en suero, picos de gammaglobulinas, velocidad de sedimentación y examen general de orina. Proteínas de Bence Jones en casos especiales. Ya que rara vez los estudios de laboratorio tendrán significación importante para la columna vertebral. (17)

EXAMEN RADIOLOGICO.

Solicitar placas radiográficas de columna lumbo sacra frontal, de perfil y oblicuas, las cuales darán en un porcentaje muy alto, exámenes normales. (10)

La posición lateral muestra pérdida de la lordosis lumbar o rectificación, estrechamientos o pinzamientos de espacios intervertebrales, esclerosis, aumento de densidad de bordes vertebrales o proliferaciones. Muchos exámenes mostrarán imágenes congénitas aún en duda de ser hallazgos radiográficos o causales de lumbalgia. (16). Pueden apreciarse imá-

genes osteoblásticas u osteolíticas originadas por tumores, por lo general metastásicos. Pueden apreciarse en el caso de traumatismos, imágenes de vértebras en forma de cuña por compresiones en caídas, o subluxaciones.

Otros estudios radiológicos, puedan demostrar espondilosis y espondilolistesis en cuyos casos auxilian las proyecciones oblicuas que muestran la imagen "del perrito con collar" ó de "Chapelett". (1)

En casos de osteoporosis se aprecian imágenes de vértebras en forma de pescado, calcificaciones de ligamentos y articulaciones en el caso de la enfermedad de Mary Strumpel o espondilitis anquilosante. En la espondilosis se aprecia degeneración del disco intervertebral con cambios reactivos del cuerpo vertebral. Es difícil apreciar mediante radiografías simples las hernias discales, ya que solo aportan y en ocasiones, datos indirectos como escoliosis antálgica, retroposición lumbar y pinzamientos. En procesos infecciosos se aprecia erosión de las placas vertebrales con estrechamiento de los espacios discales y tardíamente fusión vertebral. (16)

Las radiografías dinámico funcionales se obtienen mediante radiografías de perfil en posición de flexión y extensión máximas, con el paciente de pie. Ellos informan el grado de estabilidad del raquis, la lesión discal determina una alteración del sistema de contención vertebral. Las posibles imágenes son: Pinzamientos o bostezos del espacio intervertebral, retrolistesis y/o espondilolistesis variables, cambiantes en flexión y extensión. (10) (16)

RADICULOGRAFIA.

Mediante radiculografía se permite la comprobación objetiva y se ubica exactamente la lesión. Se utilizan medios de contraste hidrosoluble, cuya micibilidad con el líquido cefalorraquídeo le permite llenar las vainas de las raíces nerviosas, especialmente, en columna lumbosa-

era. (25)

En proyecciones AP y oblicuas, se observa la imagen del saco dural surcado por huellas longitudinales y paralelas una a otras, correspondientes a las raíces de la cauda equina; a la altura del fondo de su saco cada raíz se encurva suavemente hacia afuera, para salir por el agujero de conjunción. (16)

Como imágenes patológicas por hernias discales que comprimen desde afuera el saco dural, están imágenes de muesca, de bloqueo, en pico de flauta, amputación radicular y atoramiento radicular. (16)

Reporta Cabot y cols. que en término de valoración del método como diagnóstico: que de 100 enfermos con lumbociática por hernia discal, la radiculografía da diagnóstico en 75%. De esos 75 casos, se comprobó en 85% la patología, dando un 15% de falsos positivos. En síntesis se estima que el método es exacto alrededor del 90% de los casos. (34)

ELECTROMIOGRAFÍA.

Dicho método se realiza en tres tiempos, y es factible de hallarlo alterado en lumbociática por compresión radicular:

- a) En reposo muscular, signos denervatorios (ondas agudas y fibrilaciones, así como descargas de alta frecuencia en procesos crónicos), en los músculos inervados por la raíz lesionada.
- b) En el esfuerzo voluntario débil o ligero es posible encontrar potenciales polifásicos de reinervación en número variable.
- c) En esfuerzo voluntario máximo se encontrarán distintos grados de déficit de unidades motoras que irán desde el reclutamiento unitario o simple hasta el intermedio, según el grado de afección lo cual denota empobrecimiento de unidades motoras determinado por la denervación. (21)

Es necesario incluir en la exploración aunque aquí se ha menciona

do como un apratado, el estudio de pacientes "simuladores" o con "alteración psicológica". Es posible que el exámen semiológico, de un simulador demuestre un dolor exagerado, inconstante, de distribución irregular y atípica que se exacerba con movimientos o posiciones más o menos exóticas. (30) (31)

A la exploración el observador notará al paciente muy adolorido, suponiéndose que la etapa del dolor agudo pasó hace dos o tres días; si no se sabe observado, el paciente realizará maniobras no compatibles con su aparente enfermedad, suele apelar a rigideces o ruidos ilógicos. - En posición de pie, el tronco en semiflexión e inclinado al lado supuestamente dolorido. El dolor se exagera con el menor movimiento y en ningún momento se aprecia aplanamiento dorsolumbar. Todos sus movimientos son lentos, limitados y la ubicación del dolor se torna difícil, ya que lo manifiesta de intensidad desproporcionada y a la presión en cualquier punto, que no suele ser el mismo cuando se reitera el exámen. (31)

Las siguientes maniobras (1) pueden auxiliar la exploración y diagnóstico de un simulador:

- Maniobra del apoyo corporal sobre un solo pie. Se le solicita realice apoyos sobre uno y otro pie. En caso de lumbalgia la contractura muscular persiste independientemente del pie apoyado, en simulaciones dicha contractura desaparece cuando se indica apoyo solo en el pie del lado afectado.

- Maniobra de los dedos gordos. Se indica al paciente decúbito dorsal y rodillas flexionadas. El examinador flexiona y extiende pasivamente uno y otro dedo gordo del pie, con lo que solo se movilizan músculos con inserción debajo de la rodilla y un simulador manifestará lumbalgia con la maniobra.

- Maniobra del descuido. Hacerle alcanzar objetos o realizar maniobras inesperadas observando si las reacciones son compatibles con una verdadera lumbalgia.

- Otra maniobra consiste en arrodillarlo sobre una silla y solicitarle toque el suelo, simuladores refieren imposibilidad de hacerlo.

- Otra maniobra consiste en estirar la rodilla estando sentado el paciente, un simulador no refiere dolor siendo que es una maniobra semejante al Lassague.

- La maniobra de elevar los brazos sobre la nuca, provocará dolor en una lumbalgia, no así en un simulador.

- El colocar la mano debajo del talón del paciente en decúbito -- dorsal y solicitar que levante la pierna opuesta ocasionará que levante los dos talones si finge.

Los estudios de laboratorio y Rx son normales y en las ocasiones que las radiografías mostraran imagen de espina bífida, vértebra transicional o escoliosis ideopática, inadvertidas y asintomáticas, las cuales hasta ser visualizadas en las radiografías constituirán elementos objetivos que obrarán a favor del simulador en sus próximas especulaciones.

TRATAMIENTO.

REPOSO.

Reposo en cama completo con eliminación de la gravedad y del dolor es la clave del tratamiento. Reposo implica el concepto en sentido completo. La posición de elección es la de mayor comodidad.

La posición de flexión en cama, denominada erróneamente de semi--fowler, consiste en flexión de las caderas y las rodillas con una posición sedente ligera. En el hogar, ello se puede lograr con la colocación de cojines planos o cuadrados bajo las rodillas del paciente. La almohada de tamaño promedio en la cabeza completa la posición deseada.

El reposo también implica relajamiento emocional y mental. El dolor debe ser aliviado de ser necesario con medicación apropiada. La restricción de actividades debe ser delineada en forma muy específica por

el médico. Esto se relaciona también con los alimentos, baño diario, actividades cotidianas, y así sucesivamente. Todas las restricciones deben ser expedidas de manera realista. La relajación emocional puede requerir tranquilización verbal o en su caso medicamentosa. (1)

CALOR O FRIO LOCAL.

El uso local de calor puede ser valioso para la relajación y mejoría subjetiva. Sin embargo, la realización de ésta maniobra debe ser posible con la mínima cantidad de movimiento del paciente sin alterar la posición cómoda adoptada.

La aplicación de frío con hielo ha sido postulada por muchos y se ha demostrado que es benéfica. El frío aparentemente disminuye la congestión, produce anestesia en las fibras cutáneas sensoriales, y relaja en forma refleja los músculos adyacentes.

La elección de la modalidad, sea calor o frío, se basa en la experiencia personal del terapeuta o la preferencia y beneficio manifestada por el paciente. (1)

TRACCION.

Se ha postulado la tracción para la enfermedad discal durante varias décadas. Se han recomendado diversos pesos, métodos y ángulos de tracción pero ninguno ha tenido aceptación absoluta. La tracción lumbar más comúnmente aceptada es la pélvica, con el peso aplicado en la pelvis o piernas. Lo mejor que puede decirse de ésta forma de tracción es que: reduce la lordosis lumbar y aumenta así el agujero intervertebral, separando las facetas posteriores. Muchos inclusive sostienen que su único beneficio ha sido mantener al paciente en su cama. (1) (2) (3)

EJERCICIO.

La deshabilidad y beneficio de los ejercicios en cama, así como el tipo de ejercicio y el tiempo de iniciación son inciertos. Los ejercicios iniciados tempranamente, con un dolor agudo no suelen ser bien tolerados. Los ejercicios de flexión lumbar consistentes en la flexión de las rodillas sobre el tórax, por lo general son impedidos por el espasmo muscular protector de esa región. La persistencia de estos ejercicios a menudo agrava los síntomas. La inclinación pélvica es impedida también por el espasmo muscular.

Sin embargo, es posible tomar ventaja de relajación recíproca a través de la que ocurre por músculos agonistas y antagonistas. La contracción abdominal isométrica, relaja en forma recíproca los extensores. Puesto que la flexión del cuello contrae de manera simultánea los abdominales cuando el paciente está en posición supina, la flexión suave del cuello elevando la cabeza de la mesa producirá contracción abdominal simultánea, habrá relajación extensora simultánea tanto cervical como lumbar. (1)

Puede iniciarse gradualmente contracciones isométricas abdominales. Este ejercicio logrará la relajación extensora, mantendrá el tono muscular abdominal, y retendrá la acción de contracción abdominal para el uso final en la inclinación de la pelvis.

Los ejercicios suaves de inclinación pélvica antes descritos, pueden iniciarse tempranamente en la fase de tratamiento con reposo en cama completo. Este ejercicio se ejecuta al principio con las rodillas y las caderas flexionadas y extendidas en forma gradual.

REDUPERACION DE LA POSTURA ERGUIDA.

Tras un periodo de reposo en cama, el cual puede variar de 5 a 15 días es adecuado comenzar a sentarse y luego a pararse. El sentarse debe llevarse a cabo rodando suavemente a un lado y flexionando en forma si-

multáneamente las caderas hacia el abdomen y el tórax. Mientras se hace - esto deben mantenerse firmes los abdominales. Esto se lleva a cabo de mejor manera elevando suavemente la cabeza, los hombros y los brazos hasta que los abdominales estén firmes y rotando al lado, a medida que se flexiona gradualmente las caderas y rodillas. Luego se emplea los brazos - para asirse del borde del colchón y elevarse de manera gradual hasta el - brazo flexionado sobre el codo. Por lo tanto, el adoptar la posición se-
dente completa, se lleva a cabo con movimientos y ayuda del brazo simultáneas a contracción abdominal sostenida. El retorno a la posición acostada debe hacerse exactamente lo opuesto a dicha maniobra. Deberá evitarse sin duda el sentarse directamente desde la posición supina (1).

Al pararse el paciente deberá juntar sus piernas lo más directamente posible bajo el cuerpo. Con los abdominales contraídos, el paciente - en forma paulatina se para con el uso de los brazos, siempre manteniendo los abdominales contraídos y la espalda plana.

SOPORTE DORSAL.

Si la lesión aguda de la porción baja de la espalda ha sido intensa o es una recurrencia de numerosos episodios similares previos, deberá proporcionarse soporte para la espalda durante el periodo inicial de sentarse y de pararse. Esto se logra de mejor forma con un corsé lumbosacral. - La aplicación adecuada es con soporte de levantamiento abdominal firme, - punto de contacto dorsal en unión tóracolumbar y sobre el sacro.

Este corsé sustituirá a los músculos abdominales debilitados, asegurará que la espalda sea mantenida en una postura lordótica ligeramente digminuida y reducirá al mínimo cualquier flexión o rotación de la columna - vertebral en la mayor parte de las actividades. (1)

Según demostró radiográficamente Pelz, (16), las cargas pesadas llevadas sobre la cabeza producen movimiento compensatorio en la columna lum

bosacra con un cambio de su ángulo. Por lo tanto, una técnica para mejorar la postura y reducir la lordosis lumbar consiste en la aplicación de objetos de peso creciente en la cabeza del paciente con el fin de entrenarlo tanto para pararse y caminar como para sentarse.

INYECCIONES.

Al término de dos semanas, si persisten síntomas tales como dolor al elevar la pierna recta, escoliosis funcional o si no ha habido mejoría en los signos de defecto neurológico a pesar del reposo en cama adecuado actividades reducidas al mínimo, y la medicación han sido adecuadas, entonces, debe considerarse inyecciones intra o extradurales de esteroides.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Hay pacientes con dolor radicular intenso y datos de compresión de raíz nerviosa debidas a atrapamiento por estenosis de los agujeros intervertebrales por compresión de una faceta articular superior hipertrofica. Los cambios artríticos degenerativos de esa articulación suelen contribuir a la hipertrofia, pero en ocasiones cambios congénitos o de desarrollo pueden ser la cause. A veces son necesarias y benéficas la exploración quirúrgica y laminectomía superior. (1)

En etapas crónicas o posteriores al periodo de agudización es conveniente la higiene postural, reducción de peso, ejercicios específicos de la columna, incluyendo ejercicio de inclinación pélvica, de extensión suave de la porción baja de la espalda, de flexión abdominal desde semiextendidos, de posición de flexión parcial para fortalecer isométricamente los músculos pélvicos, y la inclinación pélvica en posición erguida mediante aplanamiento de la espalda contra la pared y deslizamientos de arriba a abajo para iniciar el concepto de encorvadura y posición de cuclillas adecuada, fortaleciendo de esta manera los músculos cuádriceps.

Para levantar algo se colocan los pies paralelos y directamente de frente al objeto en el piso. Se adelantan ambos pies a dicho objeto y el último paso es de extender la columna a la posición de pie. (1)

OBJETIVOS :

GENERALES : - Destacar la importancia del abordaje integral familiar en el manejo del paciente con Síndrome Doloroso Lumbar.

- Conocer los principales factores condicionantes, biosi-
cosociales del Síndrome Dolo-
roso Lumbar.

ESPECIFICOS : - Conocer el monto de gastos del Instituto derivados del estudio y tratamiento del paciente con Síndrome Doloroso Lumbar.

- Incrementar la participación y el sentimiento de pertenencia en las familias de pacientes - con Síndrome Doloroso Lumbar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El primer contacto médico del paciente con síndrome doloroso lumbar, en la consulta externa lo constituye el Médico Familiar; el cual no cuenta con un protocolo de abordaje efectivo para esta patología. Así mismo, a pesar de los avances tecnológicos y de conocimientos de diferentes entidades nosológicas, muchos pacientes como lo es el caso del paciente con S.D.L., no son estudiados y tratados en forma integral; sino que aún son vistos en forma específica e individual, enfocándose su estudio solo a la patología determinada en ocasiones inadecuadamente, sin explorar y tratar sus demás esferas que lo conforman como ente biopsicosocial.

Por ello debe subrayarse la importancia del Médico Familiar en el - abordaje integral del paciente con Síndrome Doloroso Lumbar, mediante metodología apropiada a su especialidad que le permita alcanzar tal propósito.

Por lo anterior, debe cuestionarse:

¿ EXISTE RELACION DE ASOCIACION ESTADISTICA ENTRE EL ABORDAJE INTEGRAL FAMILIAR DEL PACIENTE CON SINDROME DOLOROSO LUMBAR, Y SU MEJORIA ?

H I P O T E S I S .

HIPOTESIS GENERAL:

El Abordaje Integral Familiar va a influir positivamente en - la mejoría de pacientes con Síndrome Doloroso Lumbar, en comparación de - aquellos que se manejan desde el punto de vista puramente biológico.

HIPOTESIS DE NULIDAD, Ho:

El Abordaje Integral Familiar es igual de útil que el abordaje puramente biológico, en la mejoría del paciente con Síndrome Doloroso Lumbar.

HIPOTESIS ALTERNA, H1:

El Abordaje Integral Familiar va a influir positivamente en - la mejoría de pacientes con Síndrome Doloroso Lumbar, en comparación de - aquellos que se manejan desde el punto de vista puramente biológico.

PROGRAMA DE TRABAJO:

Se realizó captación de pacientes con S.D.L., que acudieron por vez primera a la consulta externa de Medicina Familiar por dicho motivo, auxiliándose de las formas 4-30-6 de la consulta externa de Medicina Familiar durante un mes. Se revisaron expedientes de pacientes seleccionados aleatoriamente para el grupo control. En el Servicio de Archivo se obtuvo dirección y localización de pacientes, no pudiéndose llevar ello a cabo, ya que dichos domicilios en varias ocasiones eran falsos. Dados los escasos resultados, se procedió en el mes de septiembre de 1990 a repartir en cada consultorio de Medicina Familiar la llamada "Cédula de Captación". La que el médico adscrito utilizó para captar pacientes que acudieron por vez primera a la consulta por dolor lumbar y que aceptaron participar en el estudio. Otorgándoseles al mismo tiempo fecha para cita, para recolección de la muestra y corroboración de los criterios de selección. Una vez que se reunió la muestra total, de 30 pacientes, se les dividió en 15 para el grupo control y 15 para el grupo experimental, distribuidos de manera aleatoria, se aplicó a ambos grupos cuestionario de conocimientos acerca del S.D.L. (ver anexo VI).

Al grupo control se le envió a continuar con el manejo habitual proporcionado en la consulta externa, es decir, bajo un esquema biológico individual, solo llevándose a cabo una revisión mensual de sus expedientes para seguimiento de su evolución. Cabe mencionar que dos pacientes pertenecientes a este grupo fueron dados de baja de la Institución en el mes de noviembre, y que en algunos de ellos, durante sus consultas no fue acentuado o un todo determinados datos. Al grupo experimental se le sometió a un abordaje integral familiar que consistió en dos fases: La primera intensiva, y la segunda intermitente.

La primera fase, denominada intensiva, o de integración grupal para la salud, consistió en manejar al grupo mediante sesiones consecutivas

con duración de 120 min. cada una, siguiendo el método de laboratorio social, el cual consistió en un taller en el que la lectura comentada dió lugar a la participación de asistentes y coordinador. La lectura se basó en documento redactado expresamente para este trabajo. (ver anexo VII). — Además se entabló una discusión dirigida a fin de propiciar la exteriorización de perspectivas, miedos y dudas, logrando con ello aprendizaje significativo. En dichas sesiones se tocaron y aclararon los siguientes temas

- Definición de "dolor bajo de espalda".
- Generalidades de anatomía de la columna vertebral.
- Causas que producen el "dolor bajo de espalda".
- Cuadro clínico y diagnóstico de "dolor bajo de espalda".
- Manejo con control médico (reposo, calor local, cama dura, manejo medicamentoso) y tratamiento quirúrgico.

La segunda fase denominada intermitente consta de dos partes: la primera integrada por tres sesiones con duración de noventa minutos cada una, las cuales se realizaron al inicio, mediados y final del estudio, en conjunto con todas las familias de los pacientes pertenecientes al grupo experimental, con el fin de intercambiar experiencias, reforzar y enriquecer los conocimientos obtenidos en la primera fase.

La segunda parte de la fase intermitente con duración de trece semanas (una exploratoria, 10 de desarrollo y dos de cierre), donde los pacientes y sus familias fueron citados aisladamente en una primera sesión con objeto de realización de familiogramas, medición de Apgar familiar, — Unidades de Holmes y evaluación psicológica funcional, llenado de formatos de tipología familiar, estrato socioeconómico e historia clínica para pacientes lumbálgicos. (ver anexos del I al V). Lo cual se realizó viendo un paciente por día en dos primeras semanas de septiembre. La exploración física individual (dos pacientes por día), fué realizada en la cuarta semana de septiembre de 1990, solicitándose estudios paraclínicos y de gabinete en los casos necesarios. Se otorgaron citas a los pacientes y a su

familia en forma individual con un promedio de entre 4 a 6 entrevistas durante los meses de octubre, noviembre y diciembre; siendo las primeras para información acerca del diagnóstico familiar y factores estresantes hallados, así mismo el diagnóstico biológico de la lumbalgia, indicándose los puntos problema de la dinámica familiar que requerían ser esclarecidos por la familia, para mejorar su funcionalidad y acelerar su recuperación, ubicándose conjuntamente las expectativas familiares e iniciándose tratamiento biológico. Las subsecuentes entrevistas fueron utilizadas para valoraciones de evolución biológica y familiar. En penúltima semana de diciembre, se reunieron ambos grupos (control y experimental), aplicándose les por segunda ocasión cuestionario de conocimientos del S.D.L.

La distribución de los pacientes, tanto para el grupo control, como para el experimental fué realizada como ya se dijo de manera aleatoria, tomando en cuenta los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes adscritos al HGZ #8.
- Pacientes que acudan a la consulta externa de Medicina Familiar por primera vez por lumbalgia.
- Pacientes no tratados por la misma causa en otra Institución.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes no trabajadores y trabajadores de cualquier rama ocupacional.
- Pacientes de cualquier nivel socioeconómico.
- Pacientes con edades comprendidas entre 20 y 60 años de edad.
- Pacientes que acepten la realización del abordaje integral familiar.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes no adscritos al HGZ#8.
- Pacientes que acudan a la consulta externa por otra causa, dife-

rente de lumbalgia.

- Pacientes con lumbalgia tratados en otra Institución.
- Pacientes con edades menores de 20 años y mayores de 60 años.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes con malformaciones congénitas vertebrales con secuelas neurológicas.
- Pacientes con enfermedades neurológicas.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes con padecimientos neoplásicos vertebrales diagnosticados durante el estudio.
- Pacientes que cambiaron su unidad de adscripción durante el estudio.
- Pacientes con patología músculo-esquelética que no sea lumbar.
- Pacientes que cumpliendo todos los criterios de inclusión durante la investigación, adquieren criterios de exclusión.
- Pacientes que abandonen el estudio.

ANALISIS ESTADISTICO QUE SE DIO A LA INFORMACION.

ANALISIS ESTADISTICO PARA LAS HIPOTESIS DE TRABAJO:

Ho A = B

H1 A > B

TIPO DE ESTUDIO:

Unilateral con área de rechazo a la derecha.

NIVEL DE SIGNIFICACION:

$$\alpha = 0.05$$

PRUEBA DE HIPOTESIS:

χ^2 para dos muestras independientes.

$$\chi^2 = \frac{E (O - E)^2}{E}$$

CRITERIO DE RECHAZO DE Ho, SI:

$$\chi_{exp}^2 = 2.72$$

R E S U L T A D O S .

El presente estudio tuvo una duración de cuatro meses efectivos y - rindió los siguientes resultados tanto para el grupo control (GC), como - para el grupo experimental (GE):

Se inició con 15 pacientes de GC, y se terminó con 13 pacientes, ya que dos fueron dados de baja de la Institución. Se inició con 15 pacientes del GE y se finalizó con 15 pacientes.

En distribución del sexo de la muestra total, se encontró que: 28.5% era para el sexo masculino y 71.42% para el femenino. Siendo del GC un por ciento de 69.23, para el sexo femenino; y 30.76% masculinos; y del GE un 73.23% femeninos y 26.6% masculinos.

El GC fué integrado por pacientes cuyas edades correspondían a 27,- 28, 28,29, 32, 36, 36, 39, 42, 44, 47, 53, y 55, con media de 38. El GE - integrado por pacientes cuyas edades fueron: 24, 26, 28, 32, 33, 34, 36, 40, 41, 41, 47, 50, 50, 54, 57. Con una media de 39.5. Observándose una media de edad promedio de 36.9 años y un rango de presentación entre 24 a 57 años de edad para los dos grupos.

En relación al peso: El GC (13), tres pacientes aumentaron de peso (23.07%), 7 conservaron su peso (33.33%), y tres disminuyeron de peso --- (23.07%). El GE de 15 pacientes, 9 disminuyeron de peso (60%), 5 conservaron el peso (33.33%), y uno aumentó de peso (6.6%).

El estrato socioeconómico en el GC de 13 pacientes ninguno fué estudiado. Del GE de 15 pacientes uno perteneció al ESE alto, 4 al FSE medio alto, 7 al medio bajo, y tres al bajo. Teniendo como nota al ESE medio - bajo.

En relación a la valuación psicológica funcional y unidades de Holmes, solo reportada y valorada en el GE, en el que de 15 pacientes iniciaron con estrés en ínfimos (4), estrés moderado (6), y severo (3).Fina-

lizando con estrés en límites (4) y estrés moderado (11).

En relación al Appgar familiar, no llevado a cabo en ningún paciente del GC. El GE mostró al inicio 5 pacientes calificados con disfunción: - 33% y 10 pacientes con disfunción moderada: 67.0%. Con moda en: moderadamente disfuncional. Al finalizar el estudio, se reportaron 3 pacientes con disfunción: a 20%, cuatro con moderada disfunción: 26.6% y ocho funcionales: 53.33%, siendo la moda el grupo funcional.

La calificación otorgada a los cuestionarios de conocimientos del Síndrome Doloroso Lumbar para el GC (inicial) con una media de 6.2 y (final) de 6.3. Siendo la media promedio para éste grupo de 6.2. Y en relación a la calificación (inicial) del GE una media de 5.6 y (final) de 9.3. Obteniéndose para éste grupo una media promedio de 7.4 de calificación.

Para la valoración de la flexión y extensión, se observó en el GC - que este parámetro no fue valorado en grados y que en ocasiones el dato no se consignó en la nota del expediente clínico. Solo se reportó subjetivamente en algunos. La flexión al inicio: (7) con limitación, (2) sin limitación, y (2) reportados sin limitación pero en grados. Y al final -- (2) con limitación, (4) sin limitación, y (9) no reportados. Para la extensión: al inicio (4) con limitación, (7) sin limitación, y (1) sin limitación en grados. Al finalizar quedó reportado (1) con limitación, (4) sin limitación y (10) no reportados.

En el GE se mostraron los siguientes resultados: en relación a la flexión al inicio: con limitación una media inicial = 145° y media final sin limitación de 170°, correspondientes a 22 y 66% respectivamente. Al finalizar los porcentajes fueron de 6.6% con limitación de 93.3% sin limitación.

En relación a la extensión, la media inicial fue de 21° y la final de 28.6°. Con 13% (2) con limitación inicial, y 86.6% (13) sin limitación y finalmente 15 sin limitación de la extensión correspondientes al 100%

La valoración de los parámetros de Lussague, Patrick, parestesias,

marcha, postura y tono muscular abdominal del GC no fueron registrados o valorados ni en todos, ni en todas las ocasiones de consulta de los pacientes. Al inicio se registraron: 9 con Lassague positivo, y 6 no reportados; uno con Patrick (+), y 14 no reportados; parestesias: 3 reportadas positivo, uno reportado negativo, y 11 no reportadas; en la marcha 4 anormal, y 9 normal; en la postura: 2 anormales y 12 no reportados y por último, el tono de la pared abdominal con 15 pacientes no reportados.

Al finalizar: para el Lassague: 2 positivos y 7 negativos; para el Patrick uno negativo y 12 no reportados; las parestesias: 1 positivo, 3 negativos y 11 no reportados; para la marcha: 2 normal, y 11 no reportada para la postura 15 no fueron reportados y para el tono abdominal 15 no fueron reportados.

En el GE respecto a dichos parámetros se obtuvo Lassague inicial: - (13) positivos = 86%, y 2 negativos = 13%. Lassague final: 15 negativos = 100%. Patrick inicial 13 positivos = 86% y 2 negativos = 13%. Patrick final con 15 negativos = 100%. Las parestesias inicial 10 positivos = 66% y 5 negativas = 33%. Parestesias final 15 negativas = 100%; en la marcha -- inicial 4 anormal = 26% y 11 normal = 73%. La marcha final con 15 normal = 100%. La postura inicial con 14 anormal = 93% y uno normal = 6%. La postura final con 2 anormal = 13.3% y 13 normal = 86%. Y por último para el tono de la pared abdominal inicial con 5 muy flácido = 33%, 10 flácido = 66% y finales de 8 normales = 54% y 7 flácidos = 46%.

En relación a estudios paraclínicos y de gabinete para el GC se reportó como total solicitados 26 (22) laboratoriales siendo (17 nls.) y (5 alterados), con un porcentaje de 72.2% y 22.7% respectivamente; (14) radiológicos (11 nls.) y (3 con alteración) con porcentajes correspondientes de 78.5% y 21.4%. Por lo que del total solicitados (36) 28 fueron normales = 77.7%, y 8 con alteración = 22.2%. Para el GE de 30 exámenes solicitados totales. De laboratorio 19 con (9) alterados = 53% y (10) normales = 47%; de los radiológicos (11) 5 alterados = 45% y 6 normales = 54%. Con un total de (16) normales = 53% y (14) con alteración = 47%.

En cuanto a las recaídas, el GC reportó 44 durante los cuatro meses control, y el GE 29 en el mismo tiempo.

En lo referente a incapacidades durante los 4 meses control, el GC mostró 16 y el GE 9, no registradas en días de incapacidad, sino en total de incapacidades.

Respecto al dolor valorado por los parámetros de localización, tipo, frecuencia, duración, intensidad, factores desencadenantes, con qué lo disminuyen para obtener una evolución: el GC con parámetros registrados deficientemente reportó que 7 mejoraron y 6 no lo hicieron. El GE que sí manejó todos los parámetros, reportó que 12 mejoraron, 1 en forma regular y 2 con mala evolución.

En el inciso de evolución general de la lumbalgia, valorada en el GC solo en el aspecto biológico, se obtuvieron resultados de 4 pacientes con evolución mala, 5 con evolución regular y 3 con buena evolución. Con un total de 4 que no mejoraron = 30.7% y 9 que mejoraron = 69.2%.

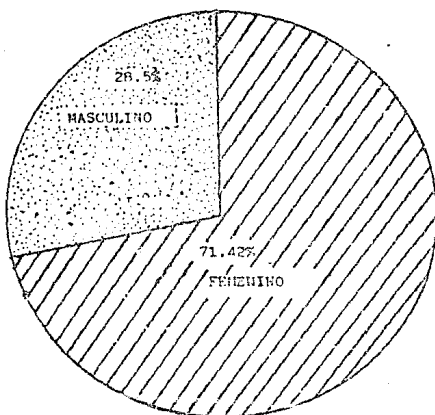
El GE respecto a la evolución biológica, se encontró que 13 mejoraron = 86.6% y 2 no mejoraron = 13%. Este grupo en lo que respecta a su evolución mostrada en el aspecto familiar, punto no valorado en el GC, resultó que 11 pacientes mejoraron = 73% y cuatro no lo hicieron = 27%.

Respecto a una evolución general de la lumbalgia final y del total de los pacientes respecto a lo biológico y familiar, tomando en cuenta — que el GC solo fué valorado biológicamente: de 13 pacientes GC (23%) mostraron evolución final buena, 47.1% evolución final regular y (30.7%) evolución final mala. Y del GE de 15 pacientes (60%) con evolución final buena, y (6.6%) evolución final regular, y (13.3%) evolución final mala.

Con un total de ambos grupos de: 53.5% evolución buena, 25% evolución regular y 21.4% evolución mala.

ABORDAJE INTEGRAL FAMILIAR EN EL
SINDROME DOLOROSO LUMBAR

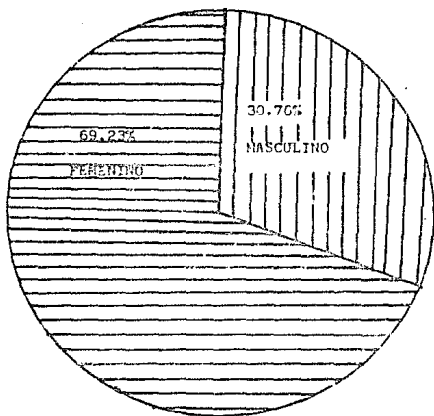
GRAFICA #1.- DISTRIBUCION POR SEXO.



FUENTE: 28 PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF #8 DEL I.M.S.S. SEPT. 1990.

ABORDAJE INTEGRAL FAMILIAR EN EL
SINDROME DOLOROSO LUMBAR

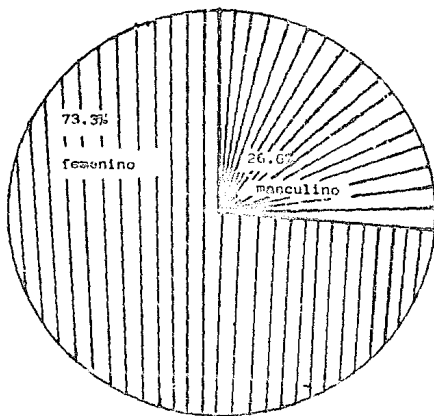
GRAFICA #2.- DISTRIBUCION POR SEXO DEL GRUPO CONTROL.



FUENTE: 13 PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF #8 I.M.S.S. SEPT. 1990.

ABORDAJE INTEGRAL FAMILIAR EN EL
SINDROME DOLOROSO LUMBAR

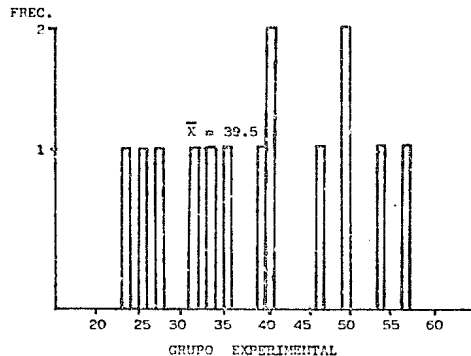
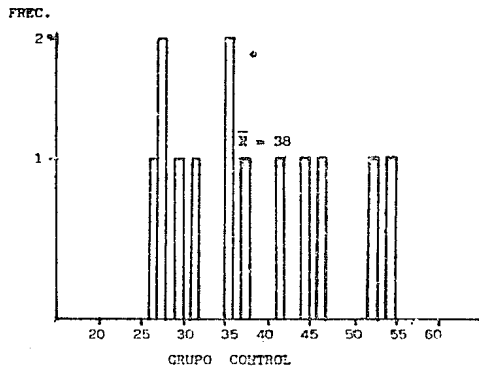
GRAFICA #3.- DISTRIBUCION POR SEXO DEL GRUPO EXPERIMENTAL.



FUENTE: 15 PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UNF #8 DEL I.M.S.S. SEPT. 1990.

ABORDAJE INTEGRAL FAMILIAR EN EL
SINDROME DOLOROSO LUMBAR

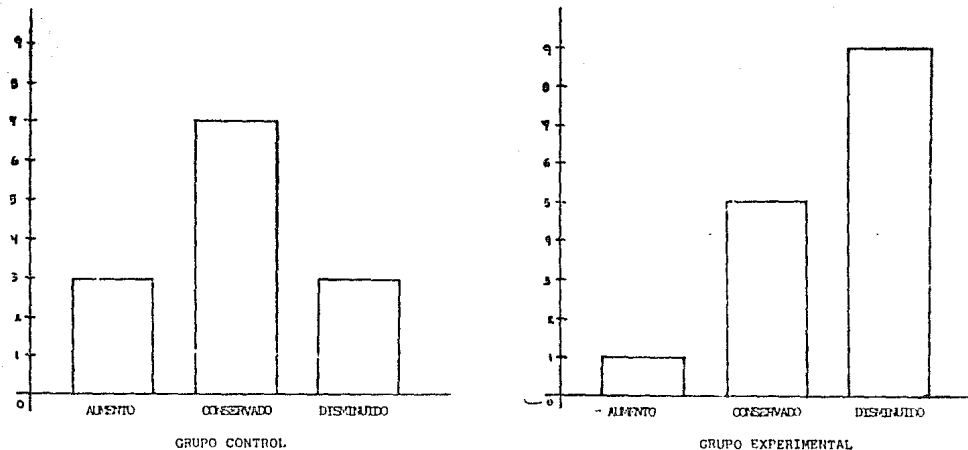
GRAFICA #4.- HISTOGRAMA COMPARATIVO DE FRECUENCIAS DE EDADES DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL.



FUENTE: 28 PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF #8 DEL I.H.S.S. SEPT. 1990.

ABORDAJE INTEGRAL FAMILIAR EN EL
SINDROME DOLOROSO LUMBAR

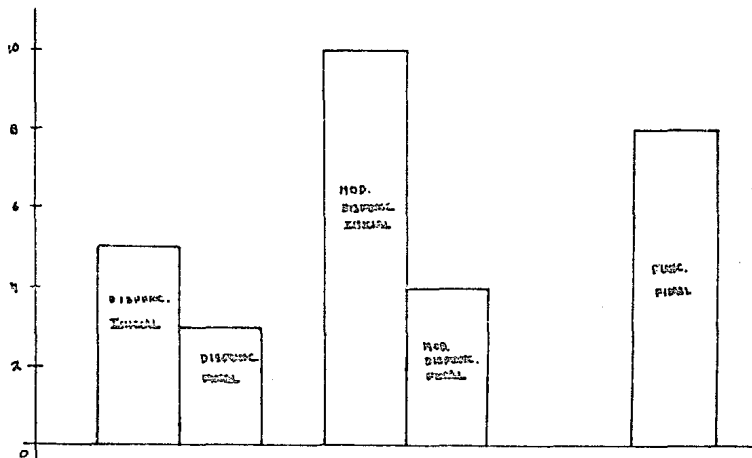
GRAFICA #5.- HISTOGRAMA COMPARATIVO DE VARIACIONES DEL PESO



FUENTE: 28 PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF #8 DEL I.M.S.S.

ABORDAJE INTEGRAL FAMILIAR EN EL
SINDROME DOLOROSO LUMBAR

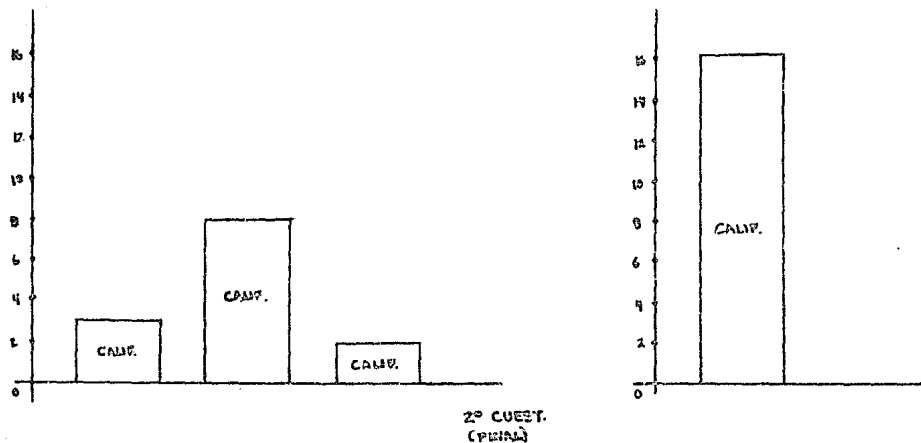
GRAFICA #6.- HISTOGRAMA DE CALIFICACION DEL APGAR INICIAL Y FINAL DEL GRUPO EXPERIMENTAL



FUENTE: 15 PACIENTES ESTUDIADOS EN DICIEMBRE DEL 90 EN LA UMF #8 DEL I.M.S.S.

ABORDAJE INTEGRAL FAMILIAR EN EL
SINDROME DOLOROSO LUMBAR

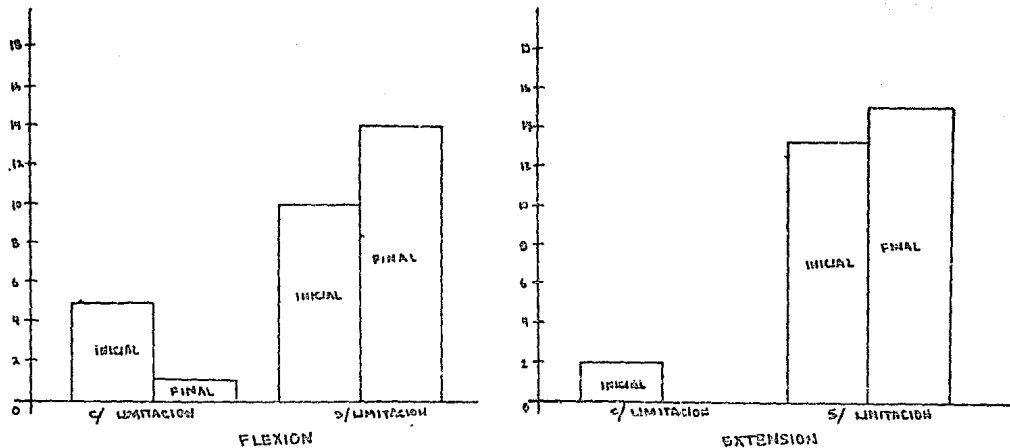
GRAFICA #7.- HISTOGRAMA COMPARATIVO DE LA EVALUACION FINAL DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS



FUENTE: 28 PACIENTES ESTUDIADOS EN DICIEMBRE DE 1990 EN LA UMF #8 DEL I.M.S.S.

ABORDAJE INTEGRAL FAMILIAR EN EL
SINDROME DOLOROSO LUMBAR.

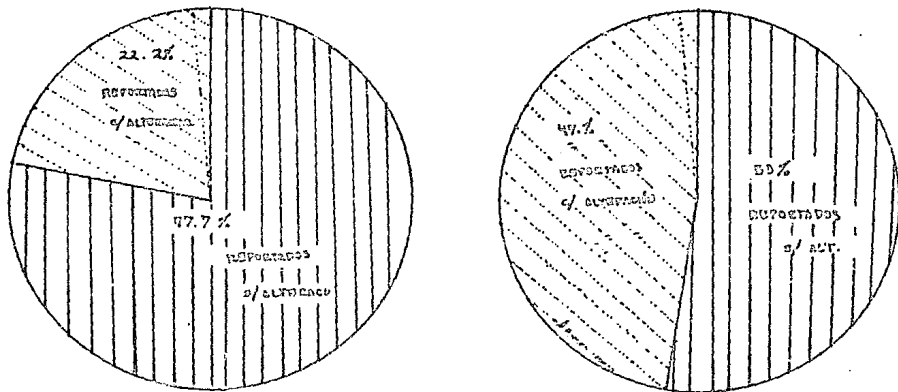
GRAFICA #8.- HISTOGRAMA DE FLEXION Y EXTENSION INICIAL Y FINAL DEL GRUPO EXPERIMENTAL.



FUENTE: 28 PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UHF #8 DEL I.M.S.S. EN DICIEMBRE DE 1990.

ABORDAJE INTEGRAL FAMILIAR EN EL
SINDROME DOLOROSO LUMBAR.

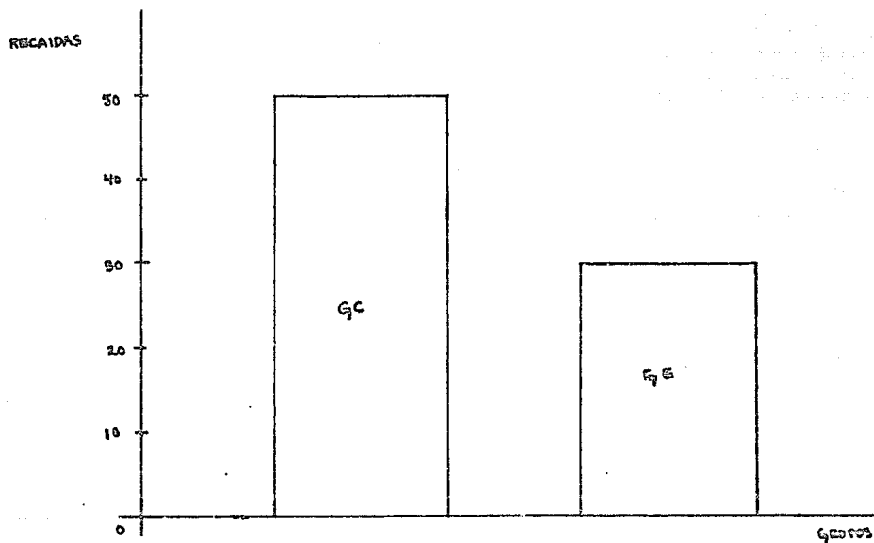
GRAFICA #9.- PORCENTAJES COMPARATIVOS DE RESULTADOS DE EXAMENES CLINICOS Y GABINETE.



FUENTE: 28 PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF #8 DEL I.M.S.S. EN DICIEMBRE DE 1990.

ABORDAJE INTEGRAL FAMILIAR EN EL
SINDROME DOLOROSO LUMBAR

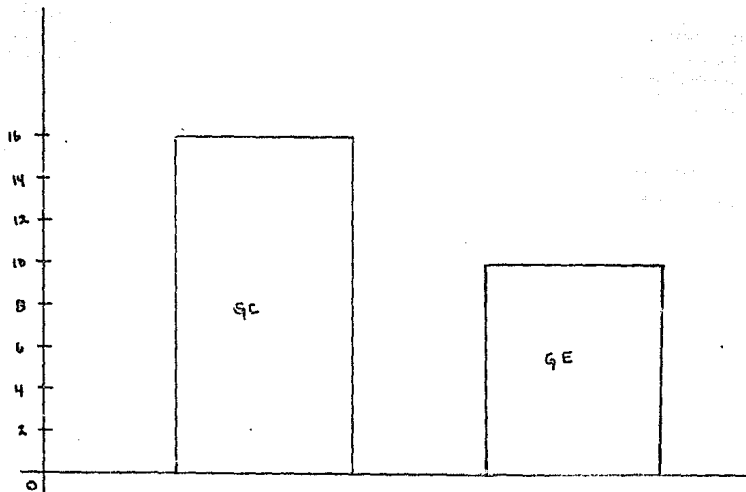
GRAFICA #10.- HISTOGRAMA COMPARATIVO DE RECAIDAS TOTALES.



FUENTE: 28 PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF #8 DEL I.M.S.S. EN DICIEMBRE DE 1990.

ABORDAJE INTEGRAL FAMILIAR EN EL
SINDROME DOLOROSO LUMBAR

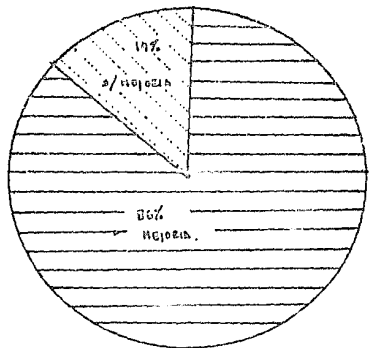
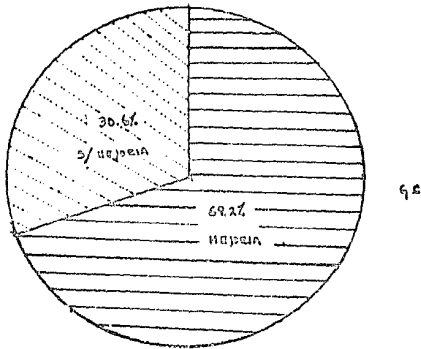
GRAFICA #11.- NUMERO TOTAL DE INCAPACIDADES EXPEDIDAS.



FUENTE: 28 PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF #8 DEL I.M.S.S. EN DICIEMBRE DE 1990

ARCHIVAJE INTEGRAL FAMILIAR EN EL
SINDROME DOLOROSO LIMBAK

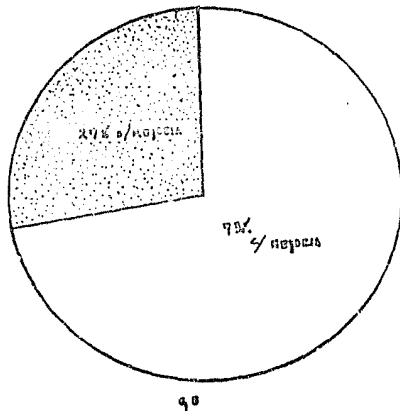
GRAFICA #12.- EVOLUCION BIOLOGICA EN PORCENTAJES COMPARATIVOS.



FUENTE: 20 PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UNF #9 I.M.S.S. EN DICIEMBRE DEL 60.

ABORDAJE INTEGRAL FAMILIAR EN EL
SINDROME DOLOROSO LUMBAR

GRAFICA #13.- EVOLUCION FINAL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR.



FUENTE: 15 PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF #8 I.M.S.S. EN DICIEMBRE DEL 90

A N A L I S I S D E

R E S U L T A D O S .

Una vez obtenidos los resultados comparativos de ambos grupos encontramos que:

De los pacientes captados en la muestra total (28 pacientes), 2 de ellos, pertenecientes al GC se excluyeron del estudio, ya que fueron dados de baja de la Institución, reduciéndose con ello la muestra.

El S.D.L. en cuanto al sexo, se aprecia que es más frecuente en el femenino, ya que el porcentaje encontrado (71.42%), del total de la muestra lo evidencia. En el GC un por ciento de 69.23% y en el grupo experimental un por ciento de 73.3% lo apoyan.

En relación a la edad se mostró una mayor frecuencia de la entidad nosológica entre la 3ª y 6ª década de la vida, ya que se obtuvo una media en años de 38 para el GC y 39,5 para el GE, tomándose en cuenta el rango de edad de presentación vá de 24 a 57 años.

Respecto al peso corporal, previa observación de la muestra del GC donde no se consignó u omitió el dato en las notas médicas de sus expedientes, y en otros en consultas subsiguientes; mientras que el grupo experimental les fué registrado mensualmente, imposibilitándose una comparación. Sin embargo, es notorio que del GE un 60% disminuyeron su peso, siendo ésto significativo si tomamos en cuenta que este dato es considerado factor de manejo en la mejoría del dolor.

El estrato socioeconómico no fué valorado en ningún integrante del grupo control, y en el grupo experimental la moda corresponde al medio -- bajo, considerado correspondiente a ramas laborales consideradas como -- riesgo para el síndrome en estudio.

En lo que respecta a los factores estresantes se apreció al final - un menor grupo de pacientes con niveles de estrés en límites y un grupo mayor de ellos con estrés moderado; sin embargo, fue notable en el total de los paciente, una disminución de los niveles de estrés, factor de -- riesgo para la lumbalgia. En este trabajo tomó una dirección hacia la mejoría, aunque este parámetro solo fué valorado en el grupo experimental - por lo que no se pudo hacer una comparación con el grupo control.

El Appar, parámetro valorado solo en el grupo experimental, donde 5 pacientes con disfunción y 10 con moderada disfunción (33% y 76.6%), al - finalizar el estudio mostraron la modificación hacia la funcionalidad de la dinámica familiar, en casi la mitad de los familias. Por lo que el manejo de esta esfera, como parte del tratamiento del S.D.L. coadyuva para un mejor control.

Los cuestionarios de conocimientos evidencian el aprendizaje significativo, manejado en pacientes del grupo experimental, mostrando su importancia trascendental en el control de su patología.

La limitación o ausencia en cuanto a la flexión y extensión no fué posible compararla, ya que el GC fué valorado subjetivamente y solo en algunas ocasiones. Sin embargo, en el grupo experimental, el 66% inicial -- sin limitación de la flexión incrementó a 93.3% final. La ausencia en la limitación de la extensión finalmente también incrementó.

Los estudios paraclínicos y de gabinete, muestran que no hay una diferencia significativa entre los dos grupos, en relación al total de exámenes solicitados, sin embargo, en la correlación de los estudios solicitados justificados, hay un mayor porcentaje de relación de asociación entre los solicitados y la alteración de los mismos en el grupo experimental. - Suponiendo con ello que el conocimiento adecuado de la patología orienta a la pertinente solicitud de exámenes.

En lo referente a recaídas se observa mayor porcentaje de pacientes manejados con tratamiento puramente biológico, ello basado en resultados obtenidos.

Respecto a las incapacidades, a pesar de no haber sido manejado el número de días, es evidente la disminución de ellas en el grupo experimental apoyándose ello, en la mejor evolución y menores recaídas de este grupo.

La evolución del síntoma dolor, en relación a la mejoría, tomando en cuenta los parámetros valuadores, denotan la evidente mejoría del síntoma cuando se llevó a cabo un abordaje integral familiar.

En la evolución general de la lumbalgia, como entidad nosológica, se demuestra una diferencia notable en el grupo manejado tanto biológicamente como en su dinámica familiar, respecto a su funcionalidad. Se hace notar un mayor porcentaje de mejoría en lo biológico del grupo experimental que en lo familiar. Si se toma en cuenta que el manejar ambas esferas resultará en una mejoría general en la evolución del síndrome; tomándose en cuenta que un total de 73% mostraron mejoría y que correspondió al grupo manejado en forma integral familiar.

La tabla de contingencias 2 x 3 muestra los valores finales encontrados como sigue:

EVOLUCION LUMBALGICA	MALA	REGULAR	BUENA	T O T A L
GRUPO CONTROL TX. PURAMENTE BIOLOGICO	30.7% 4	46.1% 6	23.0% 3	99.8% 13
GRUPO EXPERIMENTAL TX. FAMILIAR/BIOLOGICO	13.3% 2	5.6% 1	80.0% 12	99.8% 15
T O T A L	21.4% 6	25.0% 7	53.5% 15	99.9% 28

FUENTE: 28 PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF #3 I.M.S.S.

Dado que en cuatro de las casillas se obtuvo una frecuencia menor de 5, resultó imposible aplicar la Prueba de X^2 por lo que se procedió a juntar casillas quedando los datos como sigue:

EVOLUCION	HALA HAS REGULAR	BUENA	TOTAL
GRUPO CONTROL	10	3	13
GRUPO EXPERIMENTAL	3	12	15
T O T A L	13	15	28

De esta manera se procedió a aplicar la prueba de Probabilidad Exacta de Fisher, con $p < 0.05$

$$P = \frac{(A+B)! (C+D)! (A+C)! (B+D)!}{N! A! B! C! D!}$$

con el siguiente resultado:

$$P = \frac{13! 15! 13! 15!}{28! 10! 3! 3! 12!} = \frac{6.630797266^{43}}{1.907846016^{46}} = 0.0037$$

Por lo tanto $p <$ que 0.05 y concluimos que sí existe diferencia estadísticamente significativa entre el grupo experimental y el grupo control es decir, el abordaje integral familiar es mejor en el Síndrome Doloroso Lumbar que el manejo puramente biológico.

C O N C L U S I O N E S .

- 1.- Si existe una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo experimental y el control.
- 2.- El presente estudio evidencia la influencia que tiene la familia sobre el control en la evolución de los síntomas que presenta el paciente con Síndrome Doloroso Lumbar.
- 3.- La familia y el paciente que están bien informados sobre todos los aspectos biológicos que engloba esta entidad nosológica; que incluyen un conocimiento adecuado de la funcionalidad en la dinámica familiar, así como los factores estresantes en el ámbito familiar, ofrecen una gran ayuda al miembro familiar que padece la enfermedad, para su adecuado control.
- 4.- El Médico Familiar que diagnostica a algún miembro familiar con Síndrome Doloroso Lumbar, debe además de instituir el tratamiento biológico, realizar efectivamente el estudio y tratamiento de la funcionalidad familiar de su paciente, para lo cual está capacitado, con el fin de proporcionar un mejor y más rápido control de su patología.
- 5.- Con el incremento de la participación y el sentimiento de pertenencia en las familias de pacientes con Síndrome Doloroso Lumbar, se logra un mejor control de su patología.
- 6.- La idiosincrasia del mexicano conlleva a una serie de particularidades que son esenciales en el éxito o fracaso de programas de trabajo dirigidos a conservar su salud.
- 7.- La mejor arma terapéutica se encuentra en el ámbito familiar al alcance del paciente, solo hay que orientarles para que sepan aprovecharla.

charia, lo cual va a depender del grado de integridad familiar con que se cuente para obtener resultados positivos.

- 8.- La motivación que tenga el Médico Familiar y la libertad de acción son la clave para cumplir su función.
- 9.- El Médico Familiar, si pretende resultados positivos en su profesión, no debe olvidar sus funciones asistenciales, de investigación y enseñanza, tan íntimamente ligadas a su función.

C O M E N T A R I O S .

Es necesario mencionar que los conocimientos adquiridos durante la etapa de enseñanza, otorgan - instrumentos y métodos importantes para el estudio y manejo de nuestros pacientes, que deben ser llevados a la práctica para evitar el incremento de muchos aspectos de la deshumanización de la ciencia llamada Medicina.

Con el presente trabajo, corroboramos la importancia trascendental del abordaje integral de la salud familiar, para el manejo de pacientes lumbálgicos, así como de otras tantas entidades nosológicas. Por lo que sería conveniente que esta línea de investigación continúe para elaboración de protocolos de abordaje integral pendientes y de ser posible, enriquecer la metodología mediante la práctica de los ya existentes.

Pese a lo arduo, laborioso, y a las dificultades en la realización de este estudio, cabe la satisfacción de sus resultados, gracias a la cooperación, enseñanza y guía de mis maestros, familia y amigos.

B I B L I O G R A F I A

1. Calliet, T. Síndromes Dolorosos I Dorso. Traduc. Antonio Garst Thalheimer. Edit. El manual Moderno., Mex. 1986.
2. Campbell, A.H.* Cirugía Ortopédica. 7a Edic. Edit. Panamericana; pags 3203-3243.
3. Daniel, Ruge. Enfermedades de la Columna Vertebral. 1a. Ed. 1982 Edit. Continental; pags. 233-243.
4. Iversen, Clauson. Urgencias en Ortopedia y Traumatología. 2a. Ed. 1985. Edit. Panamericana; pags. 108-121.
5. Anderson, G., The Intensity of work recovery in Low-back pain,- Spine 8;880-1983.
6. France R. D., Chronic pain and depression. Pain 1987-Jan;28 (1):- p. 39-44
7. Horestein, S. Clinical evaluation of patients with Low-back Pain. Smiol. Neurol. 1986 Dic: 6(4)
8. Lainer, D.C., Clinical predictors of outcome of acute episodes of Low-back pain. J.Fam. Pract. 1988 Nov; 26(5); 483-9.
9. Wiessel, S.W., Evaluation and outcome of Low-back pain of unknown etiology. Spine. 1988 Jun; 13(6);679-682.
10. Frymoyer, I.W., Spine radiographs in patients with Low-back pain;- an epidemiological study men. J. Bone Joint Surg. 66.A;213(1983)
11. Rev. Mex. de Med. Fam. Abordaje Integral de la Salud en Familias - con Síndrome Doloroso Lumbar. Vol. 12 N° 3° 88-95.
12. Wyver, C. Medical imaging and chronic backche. Agressione.1989 Mar° 30(3);147-8.
13. Leboeuf, C. Prevalence of spondylololsthesis, transitional anomalies and low intercrestal line a chronic chiropractic patients --- population. 1989 Jun; 12(3);200-4
14. Netterstrom, B. Low-back trouble among urban drivers in Donmark.-- Scand J. Soc. Med. 1989; 17(2); 203-6.
15. Abenhain, L. Risk of recurrence of occupational back pain over three year follow up. Pr. J. Ind. Med. 1988. Dec; 45(12); 829-33.

16. Pelz, D., Radiologic investigation of Low-back pain. Can. Med. Assoc. J. 1984 Feb; 1;140(3); 289-95.
17. Hourigan, C. Facet syndrome: clinical signs, symptoms, diagnosis and treatment. J. Manipulative Physiol Ther 1989;Aug; 12(4): 293-7.
18. Shires, D. Medicina Familiar Guía Práctica. Edit. Mac Graw Hill. 1a. Ed. 1980, pags. 185-195.
19. Revista Mex. de Med. Fam. Instrumentos de Abordaje para el estudio integral de la salud Familiar. Vol. 3, Nº 2 Mayo-agosto. 1989.
20. Burton, A. Prediction of Low-back trouble frequency in a Working population. Spine 1969 Feb; 14(9); 939-946.
21. Michelle, C. Isometric lifting strength as a predictor of industrial-back pain, reports. Spine. 1989, Nov; 14 (8); 851-6.
22. Greenough, C, The effects of compensation on recovery from Low-Back-pain. Spine; Feb 14(9); 947-955.
23. Polatin, P. A psychosociomedical prediction model of response to treatment by chronically disabled workers with Low Back pain. Spine; -- Feb14(8); 735-40
24. Vanharanta, H. Disc deterioration in Low Back pain syndromes. Spine-1988 Dec; 13(12) pags. 1349- 51.
25. Habram S. Differential diagnosis of severe back pain using MRI. South Med. J. 1988 Dec; 81(12); 1487-92.
26. Lainer, D. Clinical predictors of outcome of acute episodes of Low Back pain J.Fam. Pract. 1988 Nov;27(5);483-9.
27. Wiesel S. Evaluation and outcome of Low Back pain of unknown etiology Spine 1988 Jun; 13(6);679-80.
28. Horestein C. Clinical evaluation of patients with Low Back pain Sem Neurol. 1986 Dec;6(4);376-84.
29. Mc Garry, J. Neurophysiologic evaluation of patients with Low Back-pain. Sem. Neurol 1986 Dec;6(4);372-5.
30. Lee, B. Office management of Low Back pain Orthop Clin. North. Am. - 1988 Oct; 19(4);797-804.
31. Kogstad, D. Pain description as a diagnosis aid. Scand. J. Rehabil Med. 1988;20(2);77-82.
32. Trief, P. Functional Vs Organic pain. a meaningful distinction? J. Clin. Psychol. 1987 Mar43(2);219-26.

33. Leavitt, F. Detection of simulation among persons persons instructed to exaggerate symptoms of low- Back pain. J. Occup. Med, 1987 Mar29(3) 229-33.
34. Medalle, J. Medicina Familiar. Edit. Limusa.1987. Mexico.
35. Diagnóstico de Salud de la UNF #B San Angel I.M.S.S. 1989-1990.

A N E X O I .

H I S T O R I A C L I N I C A .

FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ ESCOLARIDAD: _____
OCUPACION: _____ LUGAR DE ORIGEN: _____
DOMICILIO: _____
INGRESO MENSUAL: _____
UNIDAD DE ADSCRIPCION: _____ CONSULTORIO: _____
FECHA DEL ESTUDIO: _____

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

A. PERINATALES: _____
A. NEONATALES: _____
A. INFANCIA: _____
ALIMENTACION: _____
HIGIENE: _____
HABITOS: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

PATOLOGIAS: _____ QUIRURGICOS: _____
TRAUMATICOS _____ TRANSFUNCIONALES _____
ALERGICOS _____ MEDICACION _____ PERSONALIDAD _____

PADECIMIENTO ACTUAL:

SIGNOS: _____

SINTOMAS: _____

• DOLOR:

Localización, precisión anatómica, tipo de dolor, inicio y frecuencia, duración, intensidad, factores desencadenantes, acompañantes, que lo disminuyen, que lo eliminan, evolución, tratamientos y resultados.

EXPLORACION FISICA:

HABITUS EXTERIOR: _____

• EXPLORACION MUSCULO-ESQUELETICA:

Flexión, extensión, rotación, plomada de protuberancia occipital, pliegues interglúteos, protrusión de escápulas, aplanamiento de lordosis lumbar, atrofas, posiciones, postura, marcha, palpación de apófisis espinosas, zonas paravertebrales, articulación sacroiliaca, contracturas musculares, puntos dolorosos, desplazamiento de lordosis, compromisos radiculares, y exploración neurológica (Lasague y cuerdones, trofismo, sensibilidad, pulsos arteriales, ROT, motricidad).

EXPLORACION GENERAL:

A N E X O I I .

TIPOLOGIA DE FAMILIA Y ESTRATO SOCIOECONOMICO.

- 1.- La familia se adapta y practica racionalmente las costumbres, ideas y roles que surgen cotidianamente en la comunidad moderna:
SI _____ NO _____
- 2.- La familia norma su conducta por rígido patrón de comportamiento que ejerce habitualmente el padre.
SI _____ NO _____
- 3.- La familia conserva hábitos religiosos, normas laborales, actitudes familiares, roles y demás costumbres antiguas provenientes de una comunidad indígena de origen
SI _____ NO _____
- 4.- El domicilio de la familia se ubica en:
LA CIUDAD _____ ALREDEDOR DE LA CIUDAD _____ EN EL CAMPO _____
- 5.- La familia la componen:
Los padres e hijos _____ Lo anterior + consanguíneos _____
Lo anterior + no consanguíneos _____
- 6.- La ocupación fundamental de la familia es:
En el campo _____ Empleada u obrera _____ Profesionista _____
- 7.- Cuantos integrantes tiene la familia:
Menor de 5 _____ De 5 a 10 _____ Mayor de 10 _____
- 8.- Cuantos miembros sostienen a la familia:
Uno _____ Dos _____ Más de dos _____
- 9.- Ingreso total mensual:
Menor del salario mínimo _____ Salario mínimo _____ Más del salario mínimo _____
- 10.- La casa donde habita la familia es:
Propia _____ Rentada _____ Acentamiento irregular _____
- 11.- La casa cuenta con servicios básicos:
Completos _____ Incompletos _____ Ninguno _____
- 12.- El gasto familiar cubre necesidades de alimentación, vestido y hogar:
Completamente _____ Deficiente _____ Muy deficiente _____
- 13.- El gasto familiar incluye recreaciones:
SI _____ NO _____

A N E X O I I I .

APGAR FAMILIAR.

	<u>CASI SIEMPRE</u>	<u>ALGUNAS OCASIONES</u>	<u>DIFICILMENTE</u>
ME SIENTO SATISFECHO CON LA AYU QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUANDO TENGO ALGUN TRANTORNO.	_____	_____	_____
ESTOY SATISFECHO CON LA MANERA QUE MI FAMILIA DISCUTE DE IGUAL ACUERDO E INTERES Y PARTICIPA EN LA RESOLUCION DE PROBLEMAS CONMIGO.	_____	_____	_____
ENCUENTRO QUE MI FAMILIA ACEPTA MIS DESEOS DE TOMAR NUEVAS ACTI VIDADES O HACER CAMBIOS EN MI RE VILO DE VIDA	_____	_____	_____
ESTOY SATISFECHO CON LA FORMA EN QUE MI FAMILIA EXPRESA AFECTO Y RESPONDE A MIS SENTIMIENTOS.	_____	_____	_____
ESTOY SATISFECHO CON LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE MI FAMILIA Y YO PASAMOS JUNTOS.	_____	_____	_____

A N E X O V .UNIDADES DE VOLVES.

ORDEN	EVENTO EN LA VIDA	VALOR PROMEDIO.
1	MUERTE DEL CONYUGE	100
2	DIVORCIO	73
3	SEPARACION MATRIMONIAL	66
4	SALIDA DE LA CARCEL	63
5	MUERTE DE UN FAMILIAR CERCAÑO	63
6	LESION O ENFERMEDAD PERSONAL	63
7	MATRIMONIO	60
8	SEO DEPENDIENDO DEL PADRE	47
9	RECONCILIACION MATRIMONIAL	46
10	JUBILACION	46
11	CAMBIO EN LA SALUD DE UN MIEMBRO FAMILIAR	44
12	ENFERMO	40
13	PROBLEMAS ECONOMICOS	39
14	INTRODUCCION DE UN NUEVO MIEMBRO A LA FAMILIA	31
15	PROBLEMAS EN LOS NEGOCIOS	31
16	CAMBIO EN EL ESTADO FINANCIERO	30
17	MUERTE DE UN AMIGO CERCAÑO	37
18	CAMBIO A UNA LINEA DIFERENTE DE TRABAJO	36
19	CAMBIO EN EL NUMERO DE DISCORSIONES CON LA ESPOSA	36
20	HIPOTECA SUPERIOR A LOS 50,000.00 DLS.	31
21	JUICIO POR HIPOTECA O PRESTATO	30
22	CAMBIO DE RESPONSABILIDADES EN EL TRABAJO	29
23	UN HIJO ABANDONA EL HOGAR	29
24	PROBLEMA CON PARIENTES POLITICOS	27
25	LOGRO PERSONAL IMPORTANTE	27
26	LA ESPOSA COMIENZA O DEJA DE TRABAJAR	26
27	COMIENZA O TERMINA LA ESCUELA	26
28	CAMBIO EN LAS CREENCIAS DE VIDA	25

ORDEN	EVENTO EN LA VIDA	VALOR PROMEDIO
29	REVISIÓN DE HABITOS PERSONALES	24
30	PROBLEMAS CON EL JEFE	23
31	CAMBIO EN EL HORARIO O CONDICIONES DE TRABAJO	20
32	CAMBIO DE RESIDENCIA	20
33	CAMBIO DE ESCUELA	20
34	CAMBIO DE PENSACION	19
35	CAMBIO EN ACTIVIDADES ECLESIASTICAS	19
36	CAMBIO EN ACTIVIDADES SOCIALES	18
37	HIPOTECA USAR DE \$10,000.00 DLS.	17
38	CAMBIO EN LOS HABITOS DE SUEÑO	16
39	CAMBIO EN EL NÚMERO DE RELACIONES FAMILIARES	15
40	CAMBIO EN HABITOS ALIMENTICIOS	15
41	VACACIONES	13
42	NAVIDADES	12
43	VIOLACIONES A LA LEY	11

A N E X O V I .

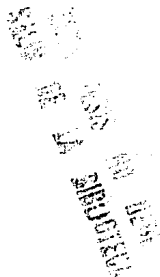
CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL SINDROME
DOLOROSO LUMBAR.

1.- CONTESTE DENTRO DEL PARENTESIS LA LETRA QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA CORRECTA. UTILICE UNA SOLA RESPUESTA:

- 1.- ¿SABE USTED QUE ES EL DOLOR LUMBAR? ()
 - a). Dolor en la espalda
 - b). Dolor en la cintura
 - c). Dolor en la cadera.
- 2.- ¿CREE QUE LA LUMBALGIA O DOLOR LUMBAR ES O NO CURABLE? ()
 - a). Si es curable y controlable siempre.
 - b). No es curable
 - c). En ocasiones es controlable y pocas veces curable
- 3.- ¿LA HERENCIA FACILITA LA APARICION DE LUMBALGIA? ()
 - a). Si
 - b). no
 - c). No sé
- 4.- ¿ESTADO EMOCIONAL Y PREOCUPACIONES FACILITAN LA APARICION DE LUMBALGIA? ()
 - a). Si
 - b). No
 - c). No sé
- 5.- ¿CREE QUE LA OBESIDAD INFLUYA EN LA LUMBALGIA? ()
 - a). Si
 - b). No
 - c). No sé
- 6.- ¿LAS ACTIVIDADES LABORALES TIENEN RELACION CON LA LUMBALGIA? ()
 - a). Si
 - b). No
 - c). No se
- 7.- ¿LA REALIZACION DEL EJERCICIO MEJORA LA LUMBALGIA? ()
 - a). Si
 - b). No
 - c). No sé
- 8.- ¿SABE SI EL CONTROL DE LA LUMBALGIA ES CON: ()
 - a). Medicamentos solamente.
 - b). Reposo, medicamentos, Medidas higiénico dietéticas, ejercicios, a veces quirúrgico.
 - c). Vida tranquila.
 - d). Siempre quirúrgico.
 - e). No sé

- 9.- ¿CUANDO ASISTE CON SU MEDICO FAMILIAR MENCIONA SI EXISTEN PROBLEMAS FAMILIARES, LABORALES O SOCIALES? ()
- a). Si
b). No
- 10.- ¿AL ASISTIR A CONSULTA CON EL MEDICO FAMILIAR SIGUE SUS INSTRUCCIONES ADECBADA Y CORRECTAMENTE? ()
- a). Si
b). No
c). A veces
- 11.- ¿EN RELACION A SU LUMBALGIA, ACUDE A CONSULTA CUANDO: ()
- a). Cuando se terminan los medicamentos.
b). Cuando se siente enfermo solamente.
c). Cuando tiene tiempo.
d). Siempre a tratamiento y control del problema
- 12.- ¿EXISTE APOYO FAMILIAR Y LABORAL EN RELACION A SU LUMBALGIA? ()
- a). Si
b). No
c). A veces
- 13.- ¿QUE TIEMPO LLEVA CON DOLOR LUMBAR? _____
- 14.- ¿QUE MEDICAMENTOS HA TOMADO O TOMA? _____
- 15.- ¿LLEVA ALGUN CONTROL MEDICO DEL DOLOR?, ESPECIFIQUE CUAL Y CON QUE INSTITUCION _____
- 15.- ¿SE SIENTE SATISFECHO CON EL MANEJO ACTUAL DE SU ENFERMEDAD? _____
¿POR QUE? _____

NOMBRE: _____
FECHA: _____
DOMICILIO O TRABAJO _____



A N E X O V I I .

LUMBALGIA

GENERALIDADES DE ANATOMIA DE COLUMNA .

DOLOR BAJO DE ESPALDA.

CAUSAS QUE PRODUCEN DOLOR BAJO DE ESPALDA.

DIAGNOSTICO.

MANEJO.

Material dirigido a pacientes con
dolor lumbar y a sus familias.

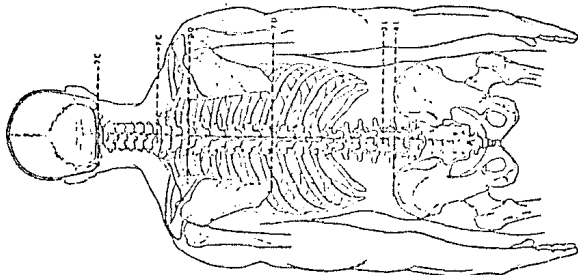
DRA: A. Cristina Salgado C.
Residente del 11 año de la
Especialidad de Medicina -
Familiar.

HGZ #8 UMF.

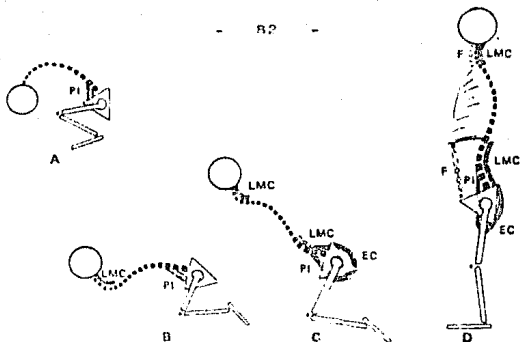
La columna vertebral es una serie de pequeños bloques de hueso que dispuestos uno sobre el otro y mantenidos en su lugar por unas cuerdas llamadas ligamentos, le dan sostén y equilibrio al peso del cuerpo humano.

Existen 33 bloques o bien llamados vertebras espinales, y entre cada una de ellas hay un disco que es esponjoso, llamado disco intervertebral; cuya función es amortiguar presiones o golpes entre cada bloque o vértebra, como si fuera un colchón.

Estas 33 vértebras y sus respectivos discos intervertebrales se reparten en las regiones del cuello, tórax, cintura y porción más baja de la columna, siendo en cada región de forma y función especial para cada una de ellas.



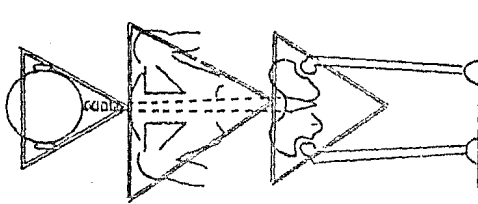
La columna vertebral en el ser humano va creciendo de acuerdo a su desarrollo o crecimiento; es decir en el feto, en un niño, en el adulto y en un anciano, la forma o disposición de la columna o sus curvas son diferentes. En el feto por decir la columna vertebral tiene forma de medio círculo, que en términos médicos se denomina cifótica, posterior al nacimiento cuando el bebé sostiene la cabeza, se forma la curva del cuello; al sentarse y gatear se forma la curva de la espalda, y finalmente al ponerse de pie y empezar a caminar se forma la curva de la cintura, o también llamada lordosis lumbar.



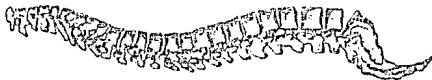
Ya en la persona adulta, dependiendo de factores internos y externos, por ejemplo hábitos, trabajos, enfermedades, la columna vertebral se modificará de tal manera que al llegar el individuo a su vida de anciano tendrá una u otra forma.

A nivel lumbar es decir, de la región a nivel de los riñones - hasta el sitio donde finaliza la cintura, las vértebras o bloques y los tejidos de la zona tienen gran importancia para el buen funcionamiento del cuerpo humano.

Las vértebras lumbares son más grandes y gruesas, preparadas para cargar peso, ya que estando un sujeto de pie, dibujaremos 2 - triángulos imaginarios; uno que va de los 2 hombros con vértice a la columna lumbar, y el segundo formado por ambas caderas con vértice a las rodillas. Con el dibujo anterior vemos que la base del 2º triángulo es más pequeño, a pesar de ser el sitio donde el cuerpo reparte el peso, mantiene posición de pie o se agachando se inclina hacia un lado o hacia el otro, donde el individuo puede doblarse hacia atrás, además de ser una región importante de la columna vertebral para conservar el equilibrio del cuerpo; por todo lo anterior su forma es diferente a las vértebras del cuello y la espalda.



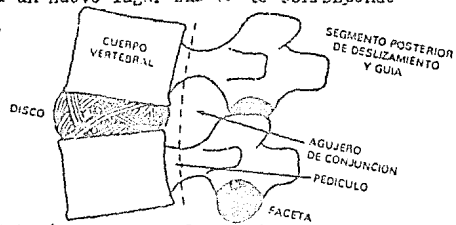
A lo mencionado anteriormente se agrega que las últimas vértebras de la columna vertebral, son las correspondientes al hueso sacro y al hueso coxis, cada uno formado por cinco vértebras o -- bloques que por lo general aparecen unidos como si fueran uno solo. El sacro es el hueso más importante, o necesario para que el individuo pueda estar de pie, sentado, levantar objetos del suelo.



Tanto los ligamentos anteriormente mencionados como curvas que sostienen a la columna vertebral, como los músculos tienen, aún en una posición de pie, si realizar movimientos o cargar objetos constantemente mantienen un grado de actividad denominada contractura, la cual de ser excesiva y prolongada o inadecuada produce fatiga o dolor.

Los discos intervertebrales, con función amortiguadora entre cada vértebra, son como bolsitas rellenas de una sustancia-

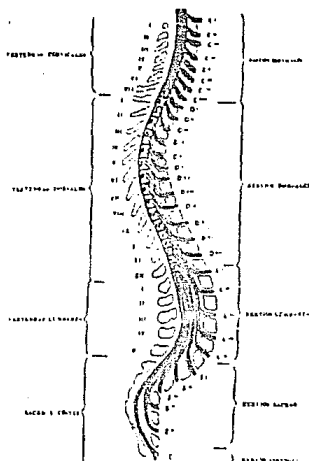
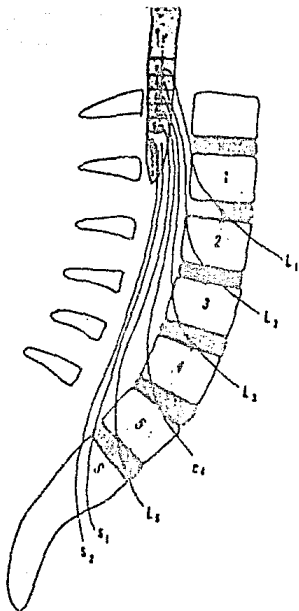
blanda gelatinosa llamada núcleo pulposo; cuando un disco o bolita se rompe y deja salir su contenido, causará alteraciones, ya que no cumplirá con su función protectora o amortiguadora y además la sustancia ocupará un nuevo lugar que no le corresponde irritando al tejido vecino.



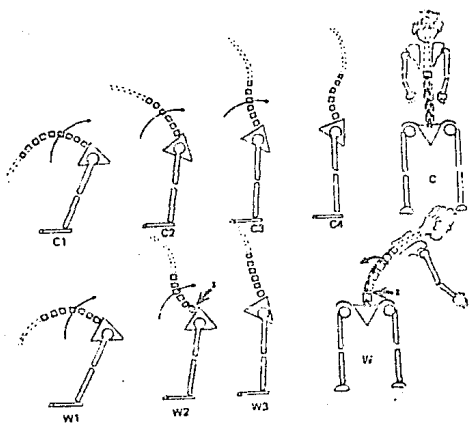
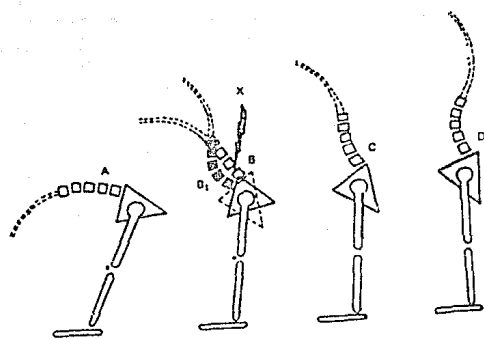
Hablando de la columna vertebral, como una columna hueca, por donde pasa el sistema nervioso procedente de la cabeza, para dar sensibilidad y movimiento a cada una de las regiones del cuerpo humano que van por debajo de la cabeza. Lo anterior es posible ya que entre cada bloque llamado vértebra sale una raíz o rama nerviosa, por un orificio formado por cada bloque.

Es decir que el sistema nervioso o médula espinal, que proviene de la cabeza, al bajar va dando ramas que salen de la columna y llegan a diferentes regiones del cuerpo, pudiendo lesionarse en estas ramas al salir de la columna.

Cuando un niño nace, su médula espinal dentro de la columna vertebral tienen el mismo tamaño; cuando el niño va creciendo su columna vertebral también lo hace, pero no de la misma manera o tamaño la médula espinal; quedando entonces más larga la columna que la médula. Lo anterior tiene gran importancia para el dolor de espalda, ya que las últimas ramas o raíces nerviosas quedan colgando, y si llegaran a lesionarse pueden doler en sitios diferentes a lo esperado.



El movimiento que se realiza en la columna vertebral y en la pélvis al levantar un objeto del piso, o al girar el cuerpo hacia un lado estando de pie, se le llama "ritmo lumbopélvico", porque se realiza armónicamente al mismo tiempo, sin perder el equilibrio o producir dolor. Dicho movimiento tiene 2 partes, es decir necesita de que la columna a nivel de la cintura cambie su forma es decir se pierda la curva que es normal, y al mismo tiempo los huesos de la cadera giren y se mantengan los pies firmes, mientras que el tronco desciende o baja a cargar el objeto del piso. Así mismo para levantar el cuerpo o enderezarse se recupera la curva de la columna y rota la pelvis.



LUMBALGIA:

La lumbalgia es aquel dolor en la región baja de la espalda, a nivel de los riñones. Este dolor puede ser agudo -"de repente"- o crónico -"de gran tiempo"-, localizarse en un sitio exacto, o sea que se distinga fácilmente donde, o extenderse a una gran zona, generalmente hacia la cintura.

Este dolor puede ser manifestado de muchas formas, de tipo muscular, como cansancio, como descarga eléctrica, o simplemente como un dolor no definido.

Cuando dicho dolor que inicia en la espalda, se dirige al glúteo y de ahí a la cara anterior o posterior del muslo, se le llamará lumbocruralgia o lumbociática, dependiendo hacia donde se dirija.

Estos cuadros o episodios dolorosos pueden ser únicos o repetirse en varias ocasiones, pueden desaparecer o persistir después de iniciado un primer dolor, dependiendo de que lo esté originando.

Las causas que producen un dolor lumbar son muchísimas, sin embargo se han realizado clasificaciones o agrupaciones pudiendo mencionarse las siguientes:

Las causas congénitas, son padecimientos o alteraciones con las que ya se nace.

Traumáticos. Padecimientos que aparecen con accidentes, malas posiciones, o movimientos forzados.

Del desarrollo. Que aparecen durante el crecimiento y desarrollo de los individuos.

Degenerativos. Son padecimientos producidos en los tejidos, considerados normales como envejecimiento o anormales si se presentan en edades más tempranas, no esperadas, y causadas por algunas enfermedades.

Infecciosas. Algunos gérmenes enferman o infectan la región lumbar u otro sitio y de éste llegan a la región lumbar.

Inflamatorias. Padecimientos que irritan e inflaman diferentes tejidos de la región.

Neurológicas, enfermedades del sistema nervioso que afectan la región.

Viscerales. Enfermedades a nivel de aparato urinario, digestivo, genital o de otros órganos localizados en el abdomen o cerca de la región lumbar.

Psicógenas. Denominándose así a los padecimientos emocionales que al no poder resolverlos, el paciente los manifiesta en forma de dolor.

Intoxicaciones: Existen materiales metálicos que al ingresar al organismo lo intoxican siendo una de sus manifestaciones dolor lumbar.

Tumorales. La presencia de tumores benignos o malignos en la región o provenientes de otras zonas originan dolor a nivel lumbar en algunas ocasiones.

Simuladas. Son dolores representados o fingidos.

DIAGNOSTICO.

Entendido el capítulo anterior referente a las causas de lumbal-
gia sabemos que pueden ser infinidad de padecimientos los que pue-
den originar un dolor a nivel de la región lumbar, por ello el -
estudio de uno de estos pacientes debe realizarse mediante un -
interrogatorio de las características de su padecimiento, de ante-
cedentes familiares, exploraciones físicas detalladas de la colum-
na vertebral, exámenes de laboratorio estudios radiológicos o o-
tros más especializados dependiendo de cada caso en estudio, ya -
que cada paciente es diferente.

A lo anterior debe tomarse en cuenta que la estancia en sus me-
dios familiares, laborales y sociales, pueden no ser adecuados -
o en un momento dado perjudiciales para su salud. Es decir en oca-
siones el desenvolvimiento del paciente con su familia, en su tra-
bajo o en su sociedad no es adecuado, ocasionandole alteraciones
en su salud. Así mismo la comprensión o apoyo de los integrantes
de la familia, o patronos o compañeros de trabajo y amigos puede-
ayudar al tratamiento y mejoría de un paciente con enfermedad en-
nuestro caso con dolor lumbar.

Un individuo enfermo se ve afectado así mismo, como también su -
enfermedad afecta a su familia, a su trabajo y a su sociedad,;-p-
por ello el apoyo de su familia condicionará una pronta recupera-
ción o una aceptación del problema.

MANEJO:

El manejo terapéutico del paciente con dolor lumbar consistirá de pendiendo de la causa que lo esta originando; sin embargo dados los conocimiento médicos de cuales son las causas más frecuentes se asigna al tratamiento dos etapas.

Etapas para el cuadro agudo: . reposo en cama dura.

- . analgésicos
- . aplicación de calor local.
- . otros manejos específicos, para - casos especiales.

Etapas intermitente: . Higiene postural.

- . Reducción de peso.
- . Ejercicios posturales específicos de columna.
- . Esclarecimiento y manejo y manejo de los - problemas de funcionalidad familiar, con - repercusión psicológica, económica, laboral y social y así acelerar la recuperación de los pacientes.