

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

UNIDAD ACADEMICA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR

CUERNAVACA, MORELOS

TITULO DEL TRABAJO

LUMBALGIA COMO CAUSA DE REFERENCIA
A SEGUNDO NIVEL

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA EL DR.

ARTURO C. OCHOA MARTINEZ

FALLA DE ORIGEN

CUERNAVACA, MOR. NOVIEMBRE 1995

11226
105

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
I. S. S. S. T. E.
No. 144 CUERNAVACA, MOR.
DIRECCION

FACULTAD
DE MEDICINA
★ OCT. 11 1995 ★
SECRETARIA DE SERVICIOS
ESTADIALES
DEPARTAMENTO

I. S. S. S. T. E.
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR CUERNAVACA, MORELOS
REGISTRO DE CONSTANCIAS Y RECONOCIMIENTOS
LIBRO NUM. 1 HOJA 1
FOLIO NUM. 009/95
FECHA DE EXPEDICION 5-10-95



[Handwritten signature]



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.

TITULO DEL TRABAJO

LUMBALGIA COMO CAUSA DE REFERENCIA
A SEGUNDO NIVEL

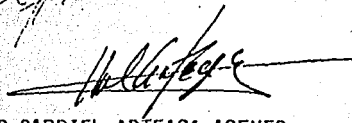
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA EL DR.

ARTURO C. OCHOA MARTINEZ

AUTORIZACIONES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DR.


JESUS SANTAMARIA LOZA.


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR JEFATURA DE SERVICIOS DE
ENSEÑANZA. I.S.S.S.T.E.

TITULO DEL TRABAJO


LUMBALGIA COMO CAUSA DE REFERENCIA
A SEGUNDO NIVEL

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

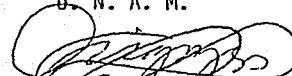
PRESENTA:

DR. ARTURO C. OCHOA MARTINEZ

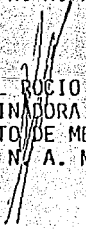
A U T O R I Z A C I O N E S



~~DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.



~~DR. ARNULFO TRIGOEN CORIA~~
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.



~~DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY~~
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U. N. A. M.

ASESOR DE TESIS:

DR. JESUS SANTAMARIA LOZA

I N D I C E

JUSTIFICACION	PAG.	1
INTRODUCCION	PAG.	2
ANTECEDENTES	PAG.	3
CUADRO DE CAUSAS	PAG.	10
UNIVERSO	PAG.	13
TAMAÑO DE LA MUESTRA	PAG.	13
DEFINICION DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO	PAG.	13
OBJETIVO GENERAL	PAG.	14
OBJETIVOS ESPECIFICOS	PAG.	14
MATERIAL Y METODOS	PAG.	15
RESULTADOS	PAG.	20
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	PAG.	22
CONCLUSIONES	PAG.	24
CUADRO Nº 1 (EDAD Y SEXO)	PAG.	A
GRAFICA Nº 1(EDAD Y SEXO)	PAG.	B
GRAFICA Nº 2(CRUPO ETAREO)	PAG.	C
CUADRO Nº 2 (OCUPACION)	PAG.	D
GRAFICA Nº 3 (OCUPACION)	PAG.	E
CUADRO Nº 3 (DEPENDENCIAS)	PAG.	F
GRAFICA Nº 4 (DEPENDENCIAS)	PAG.	G
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	PAG.	25

I. JUSTIFICACION

La planeación es un proceso integral que abarca distintas fases como: la obtención de información suficiente para la toma de decisiones, su registro sistemático que demanda la participación de la informática y de la estadística, así como el hecho de que a través de este proceso es posible la selección de proyectos o actividades viables, útiles y oportunas.

Tomando en cuenta la gran frecuencia en que se presenta el dolor lumbar en nuestra población; y que representa el 2.6% de las consultas al médico general. Así como la gran afectación que produce dicho padecimiento a la economía social, laboral, institucional y al mismo país, ya que se deteriora significativamente la producción, por el gran número de incapacidades físicas que genera.

Por lo antes referido y dada la importancia del padecimiento; es importante identificar la o las causas que originan el problema en estudio, lo cual nos permitirá efectuar una orientación al derechohabiente para su prevención y tratamiento oportuno y ofrecerle un mejor pronóstico.

II. INTRODUCCION

El dolor lumbar se presenta al menos una vez en la vida en casi todas las personas. Después del resfriado común es la causa más importante de ausentismo laboral. (5)

A medida que progresa nuestra comprensión sobre este complejo de síntomas, se definen cada vez mejor las numerosas causas que la producen. Hoy en día, se cuestionan tratamientos que anteriormente eran de aceptación general por ejemplo: La prescripción de 10-14 días de reposo en cama para el dolor lumbar ha sido resultado ineficaz en muchos casos. El efecto de este régimen, es la tendencia a debilitar aun más al paciente, y con frecuencia prolonga la fase de recuperación.

Los ejercicios de flexión de Williams para fortalecer el abdomen, anteriormente era el único protocolo de ejercicio ampliamente conocido, ahora forma apenas una parte de un régimen mucho más extenso por problemas de la espalda.

Ha adquirido cada vez más popularidad el análisis de la fuerza de la espalda antes de otorgar un empleo, basado en datos estadísticos válidos.

En general los avances importantes que se están dando en el campo del dolor lumbar continuarán su desenvolvimiento en la medida en que más médicos trabajen activamente en esta especialidad. (7)

III. ANTECEDENTES

Se describe a la lumbalgia, como el dolor localizado en el segmento lumbar de la columna. Este síntoma se presenta en el ser humano, desde el momento de su evolución en que adquiere la posición erecta. (3)

Esta manifestación clínica, es tan frecuente como la diversidad de las respuestas subjetivas y sus múltiples causas que la producen, con frecuencia es el síntoma principal de trastornos o alteraciones de la columna vertebral, tejidos paravertebrales, visceras adyacentes o enfermedades psicósomáticas. (CUADRO I)

Debido a la amplia gama de causas desencadenantes representa un problema de diagnóstico difícil y complejo en la práctica de la medicina. Además de que los métodos utilizados son diversos, complejos, agresivos, imprecisos en ocasiones y cuya disponibilidad no siempre está al alcance del médico del primer contacto, lo cual repercute en la obtención de resultados ambiguos e insatisfactorios, y que lleva a establecer diagnósticos incompletos, conduciendo esto a una prolongación del cuadro clínico e incapacidad funcional y laboral. (1)

Para llegar a un diagnóstico lo más certero posible debe tomarse en cuenta el significado de los síntomas, en especial la adecuada interpretación del dolor, para lo cual es necesario efectuar un interrogatorio y un examen físico exhaustivo, así como los resultados de las investigaciones especiales apropiadas para cada caso. (7)

La lumbalgia no sólo constituye un problema de diagnóstico y manejo, sino que también repercute en el área social y económica. (5)

Síntomas: El dolor constituye la queja más importante, la investigación de todas sus características es de primordial importancia para poder llegar a un diagnóstico etiológico: (su inicio, tipo ó carácter, distribución o irradiaciones, causas que lo producen, exacerbación y atenuación. Así lo podemos clasificar en: local, reflejo ó irradiado, radicular isquémico o reflejado hacia la espalda, lo cual nos ayudará a identificar el lugar y/o la causa que lo produce, como podría ser dolor óseo propiciante a nivel del disco intervertebral, articular ligamentoso, fascial, muscular y de las raíces nerviosas. (4) (5)

-Dolor óseo: En la porción esponjosa del cuerpo vertebral, hay pequeñas y escasas fibras nerviosas de mayor número en el periostio.

Por lo tanto, el dolor proveniente del interior del hueso se experimenta en forma leve o moderada, hasta que el periostio se encuentra directamente invadido, distendido, momento en el cual se produce dolor severo generalmente localizado en la vértebra afectada y se extiende a unos pocos centímetros a su periferia.(7)

Las perturbaciones óseas intrínsecas responsables incluyen trauma, infección, tumores y enfermedades sistémicas. La erosión extrínseca puede ser por metastásis tumorales, abscesos diseminados o aneurisma aórtico.(2)

-Dolor discal: El núcleo pulposo discal carece de inervación sensitiva, encontrándose inervado sólo en la parte posterior cerca al ligamento longitudinal posterior. El dolor se produce cuando hay lesión anular y permite la presión recibida hacia la parte posterior, durante la actividad física produce aumento del dolor en la espalda.(7)

Por lo general y con mayor frecuencia un proceso degenerativo del disco produce este problema, también se puede llegar a presentar en la espondilitis infecciosa.

En la espondilolistesis por el cambio en su relación con los cuerpos vertebrales adyacentes y pudiendo predisponer a la degeneración.

-Dolor articular: Puesto que las articulaciones vertebrales se alinean en forma vertical, cambios en este sentido casi no producen problemas, pero al inclinarse y levantarse realizan un esfuerzo considerable; y cuando hay desplazamientos mecánicos locales al efectuar dichos movimientos puede producirse dolor.(7)

La asimetría local es un defecto frecuente congénito, puede provenir de una escoliosis o lordosis acentuada, especialmente acortamiento de miembros pélvicos.

El dolor que se presenta en esta patología se experimenta en forma local y como irradiación segmentaria hacia ambos lados ó unilateral. La afección de la articulación sacroiliaca es localizada y suele reflejarse hacia la línea media, lo mismo abajo y afuera hacia la nalga. Si es de carácter sordo y persistente, se asocia clásicamente con la espondilitis anquilosante precoz. Cuando una infección o un tumor local se extiende e irrita el nervio lumbosacro se produce dolor tipo radicular afectando el cuarto y quinto nervio lumbar, tipo ciático e incluso perturbaciones motoras.(1) (7)

-Dolor de los ligamentos y fascias: Por la inestabilidad inherente de la región lumbosacra requiere del apoyo de algunos ligamentos más fuertes del organismo. En vista que su inervación sensitiva es exigua las lesiones agudas menores o la distensión crónica producen dolor somático local e irradiado, el cual dura mucho tiempo por el espasmo de los músculos protectores y la falta de reposo adecuado.

-Dolor muscular: Es muy raro y dudoso que el "Espasmo" del tejido muscular lo origine en esta región. Es más frecuente y probable que se deba a dolor isquémico inducido por la actividad física extrema fuera de costumbre o en forma aguda exhaustiva. (7)

-Dolor de las raíces nerviosas: La compresión de una raíz sensitiva o de un tronco nervioso, en cualquier lugar de su curso produce un dolor intenso "urente", acompañado de parestesias en área de su inervación o distribución, cualquier aumento de presión exagera o aumenta la molestia de ahí la importancia en la exploración con las maniobras rutinarias, así como la tos, los estornudos, en los pacientes que presentan compresión radicular. El prolapso del disco (hernia de disco) constituye una de las causas más frecuentes de compresión radicular en esta región, así como los espolones óseos ("pico de loro"), espondilolistesis y tumor vertebral. (4) (7)

-Dolor reflejo: Podría ser originario o provenir de algún órgano pélvico enfermo, principalmente en las mujeres. El dolor reflejo suele originarse en tumores retroperitoneales, enfermedad renal o aneurisma aórtico. (7)

Durante la elaboración de la historia clínica se debe investigar la existencia de rigidez lumbar, parestesias, alteraciones en la función motora, así como hipotermia de los miembros pélvicos.

También investigar el antecedente de dolor lumbar, traumatismos, esfuerzos físicos, problemas ginecológicos y obstétricos, cambios de peso (aumento), alteraciones en las actividades ordinarias, cambios en los hábitos de la defecación y micción. Hay que recordar que sea cual fuere la causa, el grado de incapacidad producida por el algia lumbar varía ampliamente de una persona a otra y estará influida por la actitud mental de cada paciente. (3)

Signos: Se debe efectuar un minucioso examen físico, especialmente de la espalda, abdomen, órganos pélvicos incluyendo tacto rectal y vaginal, miembros pélvicos, la marcha, cambio de actitudes que toma el paciente al desvestirse, subirse a la mesa de exploración, nos aportará una idea preliminar de la intensidad del dolor. Con el paciente de pie se inspeccionará espalda para detectar alguna deformidad, como escoliosis, lordosis o cambios de la curvatura normal de la región lumbar. (4) (6)

También observar el "Rombo de Michaelis" el cual se encuentra limitado por fositas o depresiones:

- a).- Angulo inferior (inicio del surco interglúteo)
- b).- Angulo superior (apofisis espinosa de la L₅)
- c).- Angulos laterales (formado por las espinas iliacas postero superiores, que se encuentran a la altura de la S₁).

La regularidad de este rombo indica buena conformación pélvica. (4) (7) (25)

-Movilidad:

a).-Flexión anterior del tronco investigar el signo de Lorenz(al recoger un objeto del suelo,recurre a la flexión de las rodillas y cadera en lugar de encurvar el dorso).

b).-Hiperextensión.

c).-Inclinación lateral.

d).-Rotación.

En la posición lateral,la compresión pélvica y la prueba de deslizamiento aclaran el origen del dolor experimentado en las articulaciones sacroiliacas.La prueba de Fabere,con la cual se evalúa la extensión pasiva del músculo,tanto flexionado como en abducción y en rotación externa,ayuda a establecer el lugar originario del dolor.

El examen neurológico incluye las pruebas de distensión de los nervios ciático(por levantamiento de pierna extendida) y femoral(por flexión de la rodilla con el muslo en extensión).(1) (2) (4) (5)

La evaluación de los reflejos patelar y de Aquiles,y las respuestas plantares,al tiempo con las medidas cuidadosas de la fuerza motora y la sensibilidad al roce ligero y al pinchazo con un alfiler.Es necesario palpar los pulsos periféricos.(1) (2) (4) (5)

Algunas causas de dolor de espalda inferior

Congénito

Vértebra transicional

Tumores

Benignos

Malignos

(Tumores primarios óseos y nerviosos;
(tumores secundarios)

Traumatismo

Esguinces y distensión

Fracturas y dislocaciones

Espondilolistesis

Metabólica

Osteoporosis

Inflamatoria

Espondilitis anquilosante

Artritis reumatoide

Psoriasis

Enfermedad intestinal inflamatoria

Degenerativa

Osteoartritis

Herniación del disco

Estenosis espinal

Inestabilidad lumbar

Infección

Mecánica

Intrínseca (inestabilidad/espasmos) y extrínseca

Psicógena/Social

CUADRO I

Exámenes especiales: Son indispensables las pruebas rutinarias de laboratorio y las radiografías. Para buscar deformidades óseas o articulares, alteraciones de la densidad ósea y del esquema trabecular, se estudian las radiografías tomadas en posiciones anterior, posterior y laterales, de las vértebras dorsales inferiores, lumbares y sacras; así como también una placa frontal de la pelvis. (4) (7)

En ocasiones es necesario tomar radiografías de las articulaciones vertebrales y sacroiliacas en posición oblicua, laminografía y mielografía. Así como también pielografía intravenosa, aortografía, examen con bario del aparato gastrointestinal y aun linfangiografía o discografía. (9)

Las pruebas más rutinarias de laboratorio representan los datos mínimos tales como: uroanálisis, cuadro hemático, velocidad de sedimentación, calcio y fosfatos séricos, fosfatasas alcalinas. Muchas veces se requiere de pruebas de laboratorio más complejas las cuales incluyen electroforesis de las proteínas del plasma, determinación de las fosfatasas ácidas, prueba para factor reumático y exámen de líquido cefalorraquídeo obtenido por punción lumbar.

Puede indicarse biopsia percutánea con aguja, tomada de una vertebra o un disco. Las lesiones óseas deben identificarse y localizarse por gammagrafía vertebral. (9)

Tratamiento: Por lo general a menos que el paciente esté sufriendo una urgencia espinal (disfunción vesical o del esfínter rectal o debilidad extrema), los esquemas terapéuticos conservadores son adecuados. (8)

El tratamiento debe basarse en la historia, examen físico y hallazgos radiológicos, además de la respuesta clínica. Con frecuencia, consiste en antiinflamatorios no esteroides y analgésicos menores, además de relajantes musculares cuando esté indicado. A veces, un corsé lumbar puede resultar útil para la reducción del dolor. La aplicación de calor seco o húmedo puede ser beneficioso. (3)

Se recomienda guardar cama solamente como medida transitoria; y actividad moderada.

Algunos pacientes pueden necesitar fisioterapia. La respuesta temprana permite establecer cuándo puede progresar el paciente a un tratamiento más activo, que incluya ejercicios de flexión de Williams y otros protocolos de ejercicios. (4)

En personas con dolor intenso o evidencia notoria de tensión de las raíces nerviosas, el clínico debe considerar la posibilidad de administrar esteroides orales. (4)

Una vez más, con base en la respuesta del paciente al tratamiento inicial, podría resultar valioso una intervención más dinámica, incluyendo inyecciones epidurales de cortisona, aspiración percutánea de discos, inyección de quimopapaína o intervención a cielo abierto. (5)

-UNIVERSO

Todos los pacientes que acuden a la clínica de medicina familiar entre los 30 y 45 años de edad.

-TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estudiaron todos los pacientes que acudieron a consulta del primero de abril al 30 de septiembre de 1994 y que recibieron referencia a consulta de especialidad el diagnóstico de lumbalgia.

-DEFINICION DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

Pacientes en la que se realizó el diagnóstico lumbalgia en el período del primero de abril al 30 de septiembre de 1994.

IV. OBJETIVO GENERAL.

Identificar la incidencia de pacientes que demandan consulta por problemas de lumbalgia y estimar los factores de riesgo que predisponen a un mayor daño, en la Clínica de Medicina Familiar durante el periodo de Abril a Septiembre de 1994.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Identificar los factores condicionantes de la lumbalgia.

Identificar la demanda de consulta que se presenta por problemas de lumbalgia en la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE.

Disminuir la transferencia de pacientes a segundo nivel de atención por problemas de lumbalgia.

V. MATERIAL Y METODOS.

En la clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en el Estado de Morelos, se efectuó el estudio de pacientes con diagnóstico establecido de lumbalgia que requirieron referencia a segundo nivel de atención en el periodo comprendido de Abril a Septiembre de 1994.

El protocolo de estudio consistió en:

A).- Historia clínica completa, haciendo incapié en los antecedentes que pudieran tener relación con la lumbalgia como son: edad, ocupación, inicio de los síntomas con semiología del dolor y su relación con la actividad física; factores que lo exacerbaban o atenúan.

B).- Exploración física completa y selectiva en cuanto a la región lumbar colocando al paciente en el siguiente orden, de pie, en posición decúbito dorsal y ventral evaluando:

1.- Estática de la pelvis.

2.- Estática raquídea, en busca de anomalías de la curvatura lumbar, por ejemplo hiperlordosis, rectificaciones lumbares o actitudes antálgicas.

3.- Presencia de alteraciones de las masas musculares sacrolumbares, glúteas, así como contracturas o trastornos musculares.

4.- Dinámica lumbar explorando arcos de movilidad que se calificó de la siguiente manera:

Grado 1.- Cuando el paciente tenía arcos de movilidad completos, que le permitían efectuar todas sus actividades con dolor leve o moderado.

Grado 2.- Cuando conservaba arcos de movilidad completos, con limitación por dolor para efectuar actividades que representaran esfuerzos físicos importantes.

Grado 3.- Limitación importante de los arcos de movilidad, permitiéndole sólo efectuar actividades de atención personal.

Grado 4.- Limitación severa de los arcos de movilidad con incapacidad para efectuar toda actividad, requiriendo reposo absoluto.

5.- Existencia de puntos dolorosos.

6.- Palpación de las regiones lumbares, sacra, sacroiliacas, iliacas y glúteas, buscando áreas dolorosas o masas musculares contracturadas.

7.- Investigación de presencia de alteraciones neurológicas, buscando los siguientes signos:

a).- Maniobra de Laseque: Con el paciente en decubito dorsal, elevar el miembro inferior tomándolo del tobillo, siendo positivo cuando se presenta dolor por elongación del nervio ciático afectado en ángulos menores de 60 grados.

b).- Signo de Neri: Cuando se presenta dolor por anteflexión de la cabeza.

c).- Signo de Purves-Stewart: Con el muslo flexionado sobre la pelvis y la pierna a 90 grados extendiéndose está siendo positivo si se presenta dolor.

d).- Signo de Naffsinger-Jones: Dolor provocado al comprimir las venas yugulares por aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo sobre la raíz afectada.

e).- Signo de Fabere (signo de Patrick): Con el paciente en posición supina, se coloca el talón de la extremidad estudiada sobre la rodilla opuesta, ejerciéndose presión sobre la rodilla, desplazándose en forma lateral y hacia abajo. Se considera positiva si el movimiento se restringe en forma importante por dolor o se desencadena cialgía.

f).- Evaluación de la sensibilidad y reflejos de tracción.

8.- Exploración de la fuerza muscular.

9.- Cuando se sospecho patología a nivel ginecológico, urológico, proctológico, se efectuaron los exámenes correspondientes.

Exámen radiológico: Este se efectuó de acuerdo a cada paciente, tomándose proyecciones postero anterior, lateral derecha e izquierda y oblicuas de columna lumbar, sacroiliacas, medición de miembros pélvicos, teleradiografías de tórax y radiculografía.

Exámenes de Laboratorio: Biometría hemática completa, química sanguínea, VDRL y exámen general de orina.

-Determinación de sedimentación globular y factor reumatoide en los casos necesarios.

El manejo del grupo de estudio fué a base de:

- a) Reposo en cama dura.
- b) Ejercicios de músculos abdominales y cuádriceps.
- c) En los casos más severos, se indicó reposo absoluto iniciándose posteriormente ejercicios de músculos abdominales y cuádriceps.

d) Medicamentos empleados:

Analgésicos.- Acido acetilsalicílico.

Acetaminofén.

Antiinflamatorios.- Naproxen.

Piroxicam.

Relajantes musculares.- Clordiazepóxido.

Diazepam.

La selección de medicamentos fué de acuerdo a cada caso en particular, así como el tiempo y la dosis empleada, incluyendo siempre un relajante muscular, un analgésico y un antiinflamatorio.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

e) Corrección de vicios posturales, mediante el uso de plantillas cuando fué necesario y orientación higiénica de la columna.

f) Dietas de reducción en los pacientes que lo requirieron.

VI. RESULTADOS.

En la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE en el Estado de Morelos, durante el periodo de estudio se otorgaron un total de 41,666 consultas; de las cuales 166 (0.39%) fueron por problemas de lumbalgia.

De los 166 pacientes con Diagnóstico de lumbalgia el 3.7% fueron referidos al Segundo Nivel de Atención para su tratamiento y valoración por el médico especialista.

Tomando en cuenta el total de pacientes que acudieron a consulta por mes, se encuentra mayor demanda de atención el mes de Agosto con un 19.8%.

La mayor demanda del servicio por problemas de lumbalgia fué del sexo femenino, con un 57.2% de los casos correspondiendo el 42.8% restante al sexo masculino.

El 20.5% del total de casos se encontraba entre los 40 y 44 años de edad; siendo el sexo femenino 13.9% el más afectado, seguido del grupo de 35 a 39 años de edad con un 18.7% .(CUADRO 1 Y GRAFICA 2)

Se observa que en el sexo femenino la frecuencia de este problema, se caracteriza por agrupar el mayor porcentaje en las edades productivas .(GRAFICA 1)

Respecto a la ocupación se encontró una incidencia mayor en los pacientes que se dedicaban a labores administrativas contemplando dentro de este grupo a secretarías, intendentes, con un 46.3% y en segundo lugar a los profesores con un 21.7% .(CUADRO 2 Y GRAFICA 2)

En lo que respecta a demanda de consulta por dependencia el 25.9% corresponden a SEP; con un 19.9% ISSSTE y en tercer lugar con un 13.3% SCT; HAYTO con 9.6%, SSA y CAPUFE con 5.4% .(CUADRO 3)

VII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

En base a los resultados del estudio, podemos mencionar que el grupo que presenta con más frecuencia el problema de lumbalgia es el sexo femenino en el grupo etario de 40 a 44 años y de 30 a 34 años; con predominio en la edad de 43 años.

Los grupos etarios más afectados son los de 40 a 44 años de edad con un 20.5%.

En cuanto a las ocupaciones de los pacientes encontramos una mayor incidencia en aquellas personas que se dedican a labores administrativas 46.3%, profesores 21.7%, obreros 11.4% en los que observamos factores de riesgo más frecuentes en relación, la obesidad y los vicios posturales. En cuanto a los mecanismos desencadenantes principalmente fueron posturales, esfuerzo y mixto.

Las causas de lumbalgia en el grupo estudiado se debieron principalmente a las de origen mecánico e inflamatorio.

Las Dependencias que más demanda de atención a consulta presenta es la SEP, ISSSTE, SCT.

Las interconsultas solicitadas a segundo nivel de atención en el grupo estudiado fue de 44 (26.5%) del total de pacientes.

El número de incapacidades otorgadas fue de 166 (3.9%) del total de incapacidades otorgadas en general.

El promedio de días otorgados corresponde a 3.9 días por consulta.

El efectuar el estudio protocolizado nos permite establecer un manejo específico de la lumbalgia con la siguiente evolución satisfactoria, ya que si analizamos que en promedio de días otorgados fue de 3.9 la repercusión en el área económica y social es muy importante.

VIII. CONCLUSIONES.

En el presente estudio en base a los resultados, se demuestra que el efectuar estudios protocolizados; nos permite establecer oportunamente el Diagnóstico, instalar tratamiento específico, obteniendo una disminución del tiempo de evolución del cuadro clínico, menor tiempo de incapacidad, disminución de referencia de pacientes a segundo nivel de atención, lo cual nos permite una incorporación más temprana del paciente a sus labores habituales, así como también una menor demanda de incapacidades.

CUADRO No. 1

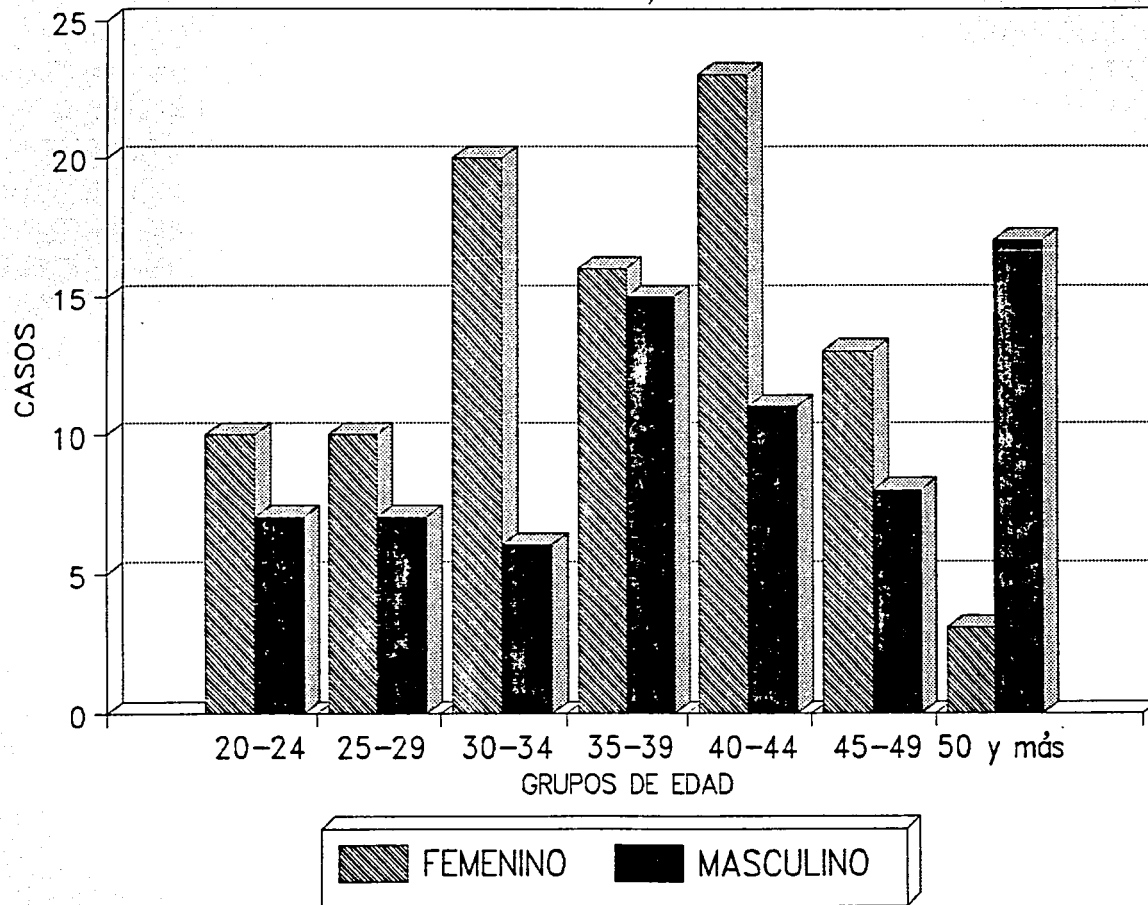
LUMBALGIA SEGUN EDAD Y SEXO
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE.
CUERNAVACA, MORELOS 1994.

Grupos de edad	Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Sept		Total		PORCENTAJE	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
20-24	0	1	1	4	2	0	3	1	3	1	1	0	10	7	6.0	4.2
25-29	1	0	3	1	4	0	0	2	1	3	1	1	10	7	6.0	4.2
30-34	6	1	3	2	8	1	1	1	1	1	1	0	20	6	12.0	3.6
35-39	1	4	4	4	7	2	2	3	1	1	1	1	16	15	9.6	9.0
40-44	3	1	3	2	7	0	4	2	4	4	2	2	23	11	13.9	6.6
45-49	0	0	4	0	1	4	2	0	5	3	1	1	13	8	13.8	4.8
50 v más	1	4	0	3	1	2	0	2	0	5	1	1	3	17	1.8	10.2
Total													95	71	57.1	42.6

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

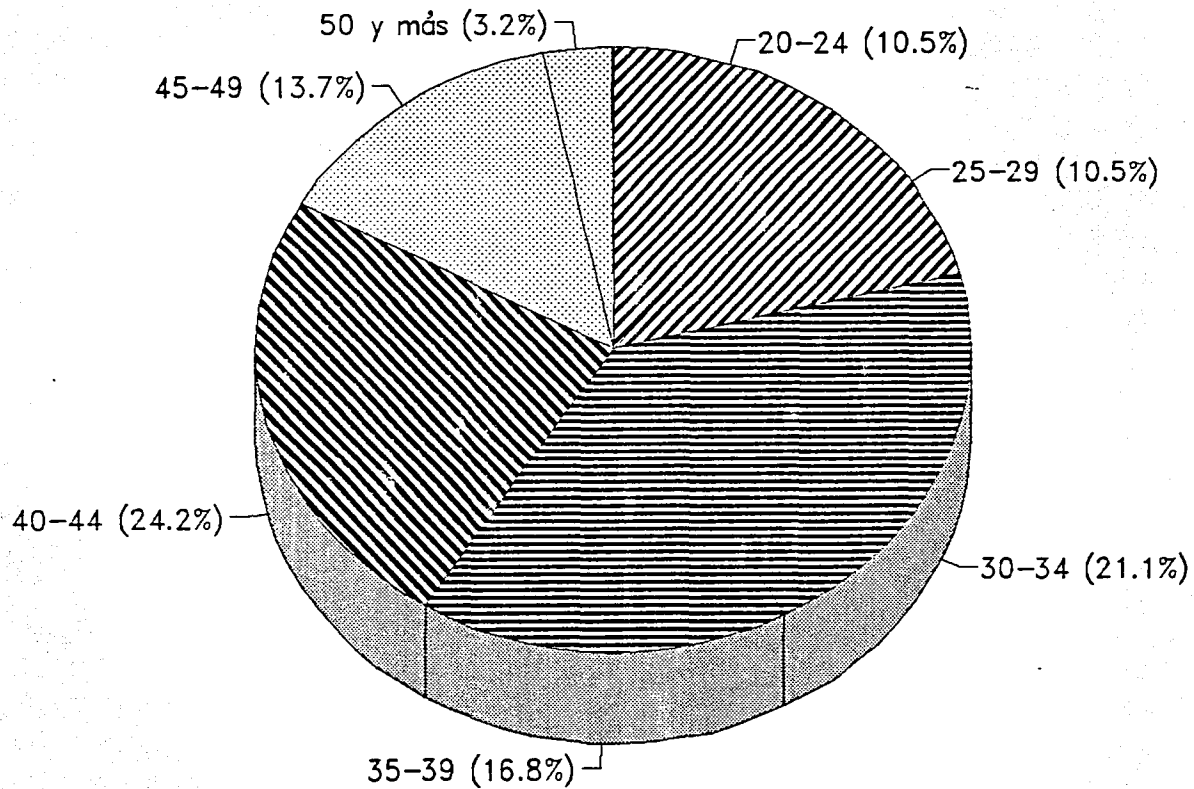
GRAFICA No.1
LUMBALGIAS SEGUN EDAD Y SEXO
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE
CUERNAVACA, MORELOS.

B



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO, 1994.

GRAFICA No. 2
LUMBALGIAS SEGUN GRUPO DE EDAD
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE
CUERNAVACA, MORELOS.



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO, 1994.

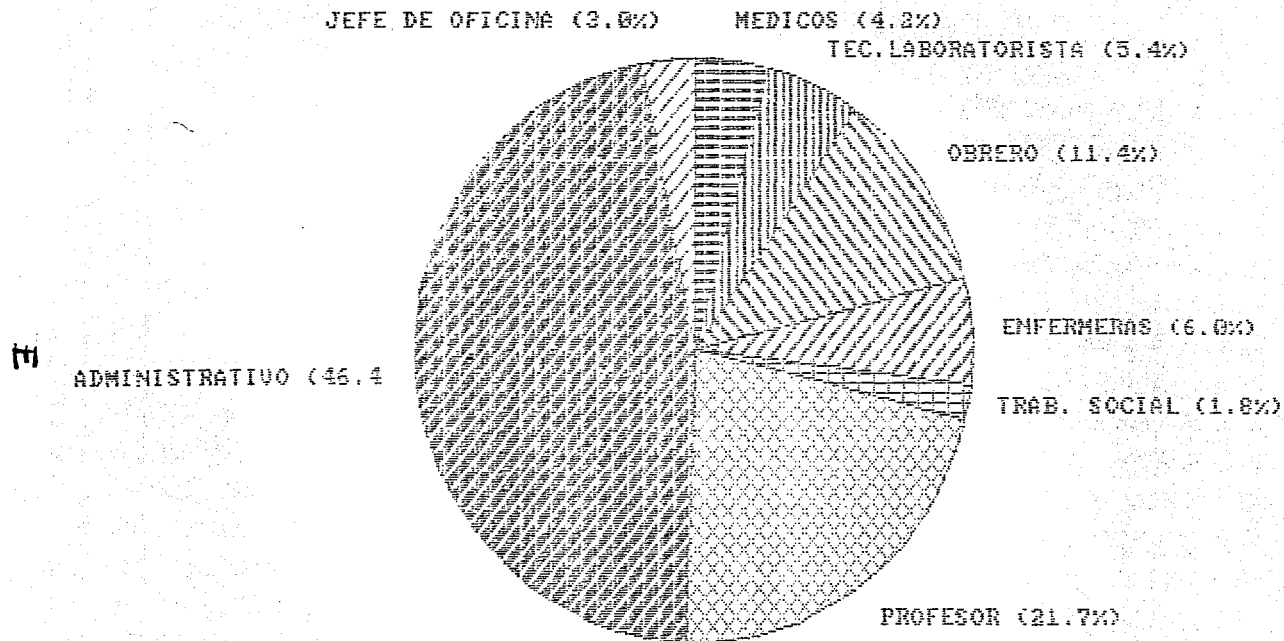
CUADRO No.2

LUMBALGIA SEGUN OCUPACION
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE
CUERNAVACA, MORELOS 1994

OCUPACION	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SEPT	TOTAL	PORCENTAJE
ADMINISTRATIVO	12	14	16	12	17	5	77	46.3
PROFESOR	6	8	12	1	3	6	36	21.7
TRAB. SOCIAL	1	1	1	0	0	0	3	1.8
ENFERMERAS	2	1	1	4	0	2	10	6.0
OBRERO	2	5	5	2	5	0	19	11.4
TECN.LABORAT	0	3	2	0	4	0	9	5.4
JEFE DE OFICINA	0	2	2	1	0	0	5	3.0
MEDICOS	0	0	0	2	4	1	7	4.2
TOTAL							166	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

GRAFICA NO.3
LUMBALGIA SEGUN OCUPACION



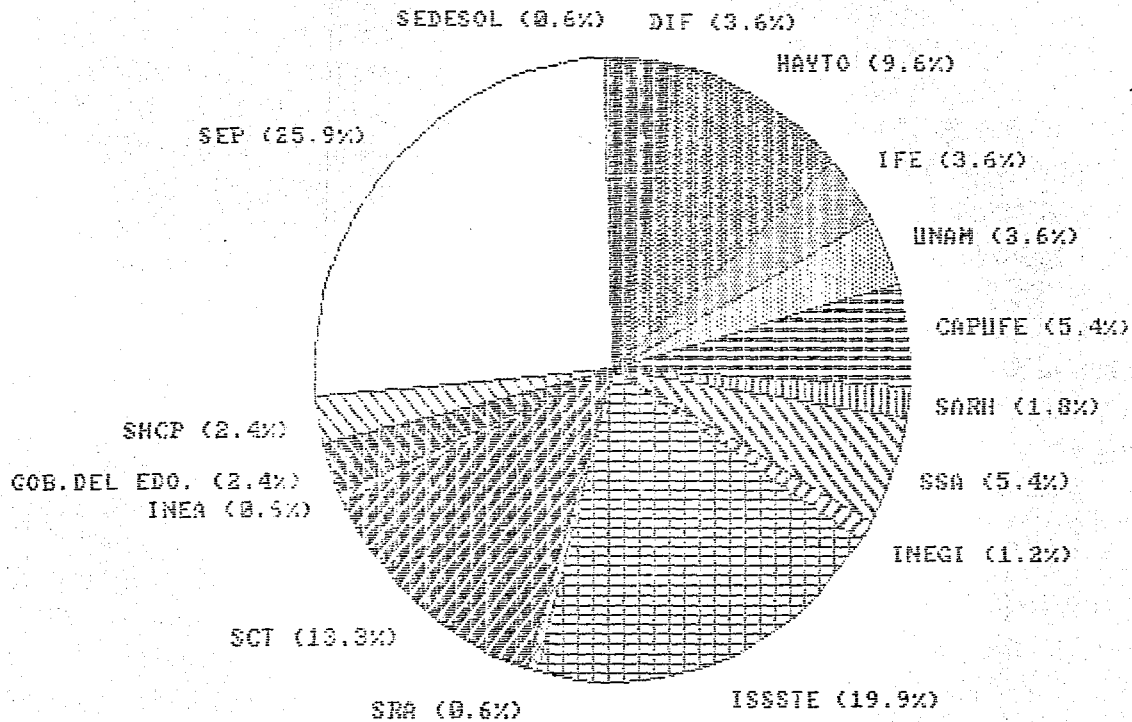
CUADRO No.3

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
CUERNAVACA, MORELOS 1994

DEPENDENCIA	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	TOTAL	PORCENTAJE
SEP	8	10	13	3	3	6	43	25.9
SCT	3	3	4	2	9	1	22	13.3
ISSSTE	4	1	9	7	9	3	33	19.9
SSA	2	3	1	2	0	1	9	5.4
SARH	1	0	1	0	0	1	3	1.8
HAYTO	1	7	1	2	5	0	16	9.6
CAPUFE	2	2	2	2	1	0	9	5.4
UNAM	0	2	2	2	0	0	6	3.6
INEA	0	1	0	0	0	0	1	0.6
INEGI	0	1	0	0	1	0	2	1.2
IFE	0	1	2	0	3	0	6	3.6
DIF	1	1	2	0	1	1	6	3.6
SRA	0	0	1	0	0	0	1	0.6
GOB. DEL EDO.	0	2	0	1	1	0	0.6	2.4
SEDESOL	0	0	0	0	0	1	2.4	0.6
SHCP	1	0	1	2	0	0	4	2.4
TOTAL							166	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

GRAFICA NO.4
LUMBALGIA SEGUN DEPENDENCIA



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Medicina Interna. Farreras Rozman. 1992, 12 edición.
- 2.- Medicina Interna. Harrison. 1992, 12 edición.
- 3.- Ortopedia y Traumatología. Jorge E. Valls. 1988.
- 4.- Lumbalgia: Diagnóstico y tratamientos sencillos. Dr. Hamilton Hall. Revista atención médica Agosto 1993.
- 5.- Mundo Médico. Vol. XVIII No. 206. Junio de 1991.
- 6.- Tribuna Médica. Vol. 57 No. 5. Mayo 1990.
- 7.- Tribuna médica. Dr. Jock Stevens. Abril 1974.
- 8.- Medicina Interna. Jay H. Stein. 1992, 3 edición.
- 9.- Introducción a la Radiología. Wallace T. Miller. 1992.
- 10.- Manual de Geriatria. Alberto Salgado. 1992 Interamericana.
- 11.- "En búsqueda del ratón de la espalda"
Dr. Peter Curtis
The Journal of family practice
Vol. 36, no. 6 1993
- 12.- "El dolor bajo de espalda en niños escolares de 14 años"
Dr. J.J. Salminen, S Pentti y P Terbo
Actas pediátricas 81: 1035-9 1995
- 13.- "Dolor bajo de espalda historia y exploración física"
Dr. Alan M. Atromovitz
Jama 20 enero 1993

14.- "Dolor causado por compresión del nervio de disco, en pacientes, con dolor agudo bajo de espalda"
Diagnóstico con resonancia magnética, tomografía
computarizada: mielografía.

Dr. John R. Thornbury

Radiology 1993;186: 731-738

15.- "Espina sacroiliaca", una revisión de la causa de dolor de espalda.

Kim Edward Leblanc

Revista American Family Physician

Noviembre 1992

16.- "Efectos de la Fisioterapia, encontrada en los "RX" de la actividad electromiográfica en la inestabilidad de la espina lumbar.

Dr. Karl August Lindgren

Medicina rehabilitación Septiembre 1993

17.- "Presentaciones no usuales"

¿ Este dolor bajo de espalda, siempre viene de la espina lumbar?

Dr. Norman Broadhurst

Australian Family Physician

Vol. 22 no. 6 Junio 1993

18.- "Causas de lumbalgia vistos en el centro de salud"

Dr. Sabate López; Dr. Bestraten Bellobi

Atención médica 1992 marzo 15

MEDLINE

19.- "Neurinoma como causa del dolor lumbar: manejo y cuidados primarios de la lumbalgia"

Dr. Crespi N. Dr. Sánchez Palomino

Atención primaria 1993 Abril 15

20.- "Resultados de la Artrodesis Intersomática de la lumbalgia"

Dr. Goutallier D. Dr. Vigroux J. P.

Revista Rhum-Mal-Osteoartritis 1990 Febrero

21.- "Osteoelectroacupuntura en el manejo de los síndromes dolorosos vertebrales en la región lumbar.

Dr. Lisenyuk V. P; Dr. Yakupov R.A

22.- "Epidemiología de las enfermedades reumáticas en el principado de Asturias"

Dr. Ballina García F. J.;Dr. Martín Lascuevas P.

Atención primaria marzo 1993

23.- "Diagnóstico diferencial instrumental en la lumbalgia"

Dr. Von Albert H. H.

LUMBA 90

24.- "Guía exploratoria y signos clínicos en la práctica del medio familiar"

Dr. Irigoyen Coria Arnulfo

Tercera edición 1993

Editorial Medina Familiar Mexicana