



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 10  
DE MANZANILLO, COLIMA**

**PREVALENCIA DE SINDROME  
DOLOROSO LUMBAR NO SISTEMATIZADO  
EN LA UMF. No. 2 DE MANZANILLO COLIMA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DR. MARCO ANTONIO LLAMAS LOZA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**PREVALENCIA DE SINDROME  
DOLOROSO LUMBAR NO SISTEMATIZADO  
EN LA UMF. No. 2 DE MANZANILLO COLIMA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DR. MARCO ANTONIO LLAMAS LOZA**

**AUTORIZACIONES:**

**DR. GERARDO SÁNCHEZ MARTINEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL  
IMSS**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 10  
DE MANZANILLO, COL.**

**DR. EMILIO JAIME PACHECO BALTAZAR  
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS Y ASESOR DEL TEMA DE  
TESIS**

**MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2  
DE MANZANILLO, COL.**

**DR. GERARDO SÁNCHEZ MARTINEZ  
ENCARGADO DEL DEPARTAMENTO CLÍNICO DE  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 10  
DE MANZANILLO, COL.**

**PREVALENCIA DE SINDROME  
DOLOROSO LUMBAR NO SISTEMATIZADO  
EN LA UMF. No. 2 DE MANZANILLO COLIMA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**0**

**DR. MARCO ANTONIO LLAMAS LOZA**

**AUTORIZACIONES:**

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**

**DEDICATORIA**

A MI ESPOSA Y A MI PADRE QUE PD +  
A MI MADRE POR SU APOYO INCONDICIONAL.  
A MIS HIJOS POR SU APOYO Y ESPERA A MI AUSENCIA  
A MIS HERMANOS Y TIOS.  
A MIS COMPAÑEROS DE GENERACIÓN  
A MI ASESOR DR. EMILIO JAIME PACHECO BALTAZAR  
PARA UM GRAN AMIGO QUE COM SU CONSEJO APOYO  
ME COMUNICO EL VALOR DE ESTUDIAR  
“” DR. GERARDO SANCHEZ MARTINEZ “”  
A MIS COMPAÑEROS DE LA UMF No. 2 DE MANZANILLO  
COLIMA

LA SABIDURIA DE UM HOMBRE NUNCA TERMINA NI AUN  
DESPUES DE SU MUERTE, PORQUE SIEMPRE DEJA  
ENSEÑANZA Y RECUERDOS.

ANONIMO.

## INDICE

<b>1. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>08</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>18</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>4. OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
4.1 GENERAL.....	20
4.2 ESPECÍFICO.....	20
<b>5. MATERIAL Y MÉTODO DE ESTUDIO .....</b>	<b>21</b>
5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO .....	21
5.2 PERIODO DEL ESTUDIO.....	21
5.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	21
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	21
5.5 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.....	21
5.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	22
TABLA 1.....	22
5.7 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	22

5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	23
5.9 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO .....	23
5.10 ASPECTOS ÉTICOS .....	22
<b>6. RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>6.1 ANALISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>6.2 TABLAS Y GRAFICAS .....</b>	<b>25</b>
<b>TABLA 1.....</b>	<b>25</b>
<b>TABLA 2.....</b>	<b>26</b>
<b>TABLA 3.....</b>	<b>28</b>
<b>TABLA 4 .....</b>	<b>30</b>
<b>TABLA 5 .....</b>	<b>32</b>
<b>TABLA 6 .....</b>	<b>33</b>
<b>GRAFICA 1 .....</b>	<b>25</b>
<b>GRAFICA 2 .....</b>	<b>26</b>
<b>GRAFICA 3 .....</b>	<b>27</b>

<b>GRAFICA 4</b> .....	<b>28</b>
<b>GRAFICA 5</b> .....	<b>29</b>
<b>GRAFICA 6</b> .....	<b>30</b>
<b>GRAFICA 7</b> .....	<b>31</b>
<b>7. DISCUSIÓN</b> .....	<b>34</b>
<b>8. CONCLUSIONES</b> .....	<b>35</b>
<b>9. REFERENCIAS BIBLIGRÁFICAS</b> .....	<b>36</b>



## 1.- MARCO TEORICO

Una de las mayores dificultades con que se encuentra el Médico Familiar es la complejidad para abordar y resolver numerosos casos con síndrome doloroso lumbar y especialmente cuando se trata de un problema crónico. Tanto el origen del dolor lumbar como la respuesta al tratamiento y su pronóstico. Generalmente no hay sistematización, en esta patología intervienen factores físicos, psicológicos, sociales y laborales difíciles de estimar y resolver, que desempeñan un papel de gran importancia en la relación causa-efecto.<sup>1</sup>

La paleo-heraldia espinal arranca desde las primeras menciones históricas espinales y terminan en el comienzo del renacimiento. La más antigua mención la tenemos en la India primigenia en la descripción épica de Srimad Bhagwat Mahapuram, en los años 3 500 y 1 800 AC. Donde Lord Krishna señala la tracción espinal en la región submentoniana y el pie del paciente de unas de sus seguidoras que tenía un acifoescoliosis que fue corregida médicamente.<sup>2</sup>

El papiro quirúrgico de Edwin Smith corresponde al periodo de la construcción de la gran pirámide ( 2600-2200 AC ) de Egipto . Se atribuye a Imhotep el gran médico y arquitecto de la corte del Faraón Zozer de la tercera dinastía, se especula que era el libro secreto de los médicos , los griegos lo llamaban Imhouthes .<sup>2</sup>

En el siglo 17 AC. Un escribano Tebano copio el papiro pero incompleto, este se refiere a traumas y comienza por la cabeza y cuello. El papiro estuvo guardado durante 3500 años, cuando el egiptólogo norteamericano Edwin Smith en 1862 lo adquirió, y fue donado a la Sociedad Norteamericana de Historia de New York en 1906 por su hija después de la muerte de Smith.<sup>2</sup>

James Henry Breated 24 años después lo descubre, experto egiptólogo, arqueólogo e historiador y lo traduce a la forma cursiva para entenderlo mejor, el papiro mide 4.5 metros de largo por 33 cm de ancho, ahí se registraban 48 casos de lesiones y traumas de la columna. La gibba o joroba se encuentra en todas las civilizaciones, se observa en la escultura del museo general de el Cairo (1580 – 1350 AC ).<sup>2</sup>

Las manifestaciones y la atención de los traumatizados en la construcción de las pirámides permitió a los egipcios un buen

conocimiento anatómico, conocieron el pronóstico de una fractura-dislocación en relación a la fractura simple y la fractura por estallido.<sup>2</sup>

Hipócrates de Cos (460 -361 AC ) describió su código de ética, en el menciona una compresión de la columna vertebral, donde señala que los discos, ligamentos y músculos actuaban en la unión de la columna vertebral, señaló lo asintomático de las apófisis espinosas, la muerte por daño medular, reconoció la dislocación espinal y recomendó la reducción del proceso.<sup>2</sup>

En el siglo XV una modalidad terapéutica fue la succión, que consistía en amarrar al paciente de los pies y lo dejaban caer en forma brusca, pero Hipócrates no partidario de esta maniobra declaró que quien la usara era un estúpido.<sup>2</sup>

Galeno (131 – 201 DC) uso por primera vez la palabra cifosis, lordosis y escoliosis, identifico el numero de vértebras por región , reconoció el ligamento amarillo como distinto de la duramadre y piamadre, observa la correlación de la lesión neurológica en cuanto a su localización y relación clínica. Señala a los tendones como palancas, pensaba que pequeñas fuerzas podían movilizar o empujar grandes pesos, todo esto basado en las matemáticas y la mecánica.<sup>2</sup>

Leonardo da Vinci (1452 – 1519) personaje multifacético en su obra “ De Figura Humana “ enfoca la mecánica dentro la anatomía, descubre las curvaturas espinales, las articulaciones y el numero correcto de vértebras. Detecto que la estabilidad de la columna era debida a la musculatura cervical, enfocándose en la anatomía descriptiva, la geometría y la mecánica.<sup>2</sup>

Andres Vesalius (1514 –1564) en su libro “De Humanis Corporis Fabrica “ hablo de una anatomía mas exacta y descripción magistral de las vértebras de la base del cráneo, los pares craneales. etc....<sup>2</sup>

Giovanni Alfonso Borelli (1608 – 1679 ) considerado el padre de la biomecánica, en 1653 en la ciudad de Pisa conoció a Marcelo Malphigi, profesor de la Universidad de Pisa, juntos investigaron la palanca y el triangulo de fuerza y con esto la acción muscular, Borelli se refirió al disco intervertebral como un elemento visco-elástico que amortiguaba cargas óseas y actuaba como un resorte .

el conocimiento actual de las cargas de la columna fueron calculados hace 300 años y no han sido modificados.<sup>2</sup>

El cirujano Alemán Fabricius Hildanus desarrollo un método avanzado de reducción de las fracturas con dislocación cervical, que ostenta el mismo principio que hoy se usa.<sup>2</sup>

Ya en estudios recientes se considera que cada año cerca del 50 % de las personas laboralmente activas sufre un episodio de síndrome doloroso lumbar y que 80 a 90 % de la población en general padecerá un cuadro de la misma en alguna época de su vida, pero generalmente la evolución clínica de este padecimiento es benigna y autolimitada, y por lo tanto mas del 90 % de los casos de pacientes con este síndrome regresa a trabajar dentro de los primeros tres meses del inicio del cuadro sintomático. Es importante tomar en cuenta que genera muchos gastos a las instituciones de salud en tratamiento y manejo, la perdida de días laborados en las empresas hace que se le vea como un problema de salud publica.<sup>3</sup> Ya en investigaciones realizados en otros países se menciona que la prevalencia alcanza cifras que oscilan entre el 7.5 y 60 % con mayor frecuencia en sujetos entre los 45 y 60 años de edad , además que los gastos en manejo, tratamiento y perdida en días laborados alcanza de los 20 a 50 billones de dólares anuales. Se encuentra entre las primeras causas de ausentismo laboral en trabajadores menores de 45 años de edad y segunda causas solo por abajo del resfriado común. Se menciona que ocupa entre el tercero y cuarto lugar como motivo de consulta en el primer nivel de atención medica.<sup>4</sup>

Revisando registros estadísticos en un estudio realizado por salinas y col. Donde se registran un total de 501 293 casos de accidente de trabajo en personal afiliado al Seguro Social durante el año 1997 . de ellos 341 351 el accidente ocurrió en su área de trabajo y 33 785 fue en trayecto. La lesión mas frecuente fue el esguince lumbar colocándole entre las primeras 10 causas de incapacidad laboral en nuestro país. Se encontró que el numero de insistencias al trabajo fue del 50 % , por lo que en ambos grupos no s encontraron diferencias significativas.<sup>5</sup>

En estudio mas reciente realizado en el Hospital Regional No. 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Madero Tamaulipas durante el 2000, donde se otorgaron 3750 consultas por lumbalgia, ocupando el cuarto lugar de los diagnostico de la

consulta de especialidades. Y ese mismo año en el departamento de Salud en el Trabajo se calificaron 4083 por accidente de trabajo ocupando el segundo lugar las afecciones de la columna lumbar.<sup>3</sup>

En el año 2000 los trastornos lumbares y dorsales ocupan el quinto lugar como motivo de consulta en el primer nivel de atención médica y en el año 2003 el séptimo lugar, la edad promedio fue de 40 años, tanto para mujeres como para hombres.<sup>3</sup>

En la Unidad de Medicina Familiar No. 2 de Manzanillo Colima, en el años 2000 el síndrome doloroso lumbar ocupó el cuarto lugar como motivo de consulta, se encontró entre los 15 principales motivos de envío a segundo nivel de atención médica, y para el año 2003 estaba en séptimo lugar en la consulta Médico Familiar.<sup>6</sup>

En nuestro país específicamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se empezó a poner mayor interés en este padecimiento cuando viendo que se encontraba entre las primeras 10 causas o motivos de consulta en el primer nivel de atención médica y envió a especialidad. Se piensa en realizar una guía clínica para la atención del síndrome doloroso lumbar. Se hace una revisión de ensayos y artículos desde el año 1990 al año 2003, en total fueron 53 ensayos de la base de datos de Cochrane Library y 54 artículos de Medline, así como 3 guías para el tratamiento del dolor bajo de espalda publicados de JAMA entre los años 1993 y 2000. Esta guía se realizó y esta dirigida a proporcionar recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con síndrome doloroso lumbar en fase aguda, dirigida a Médicos Familiares de primer nivel de atención.<sup>7</sup>

El síndrome doloroso lumbar o también llamado de otras maneras: dolor bajo de espalda, dolor de espalda baja, lumbalgia y dolor de cintura.<sup>7</sup>

Para entender bien esta patología es importante conocer la anatomía y fisiología de la columna lumbar. Esta se forma por 5 vértebras apoyadas sobre el sacro, la unidad funcional es la armazón de la columna, compuesta por dos cuerpos vertebrales, separados por un disco intervertebral, este último parte del soporte de la columna, que porta el peso, sostiene el cuerpo, permite la flexión, rotación, extensión, girar, sentarse, inclinarse, levantarse, inclinarse para levantar o empujar objetos.<sup>8</sup>

La columna lumbar en su estructura como unidad funcional contiene tejido sensible, que cuando se irrita, lesiona, se somete a tensión o enferma produce dolor, la columna tiene una Angulo lumbosacro llamado "lordosis " . Los músculos principales son: los cuadrados lumbares, oblicuos del abdomen, espinales y glúteos mayores. Los nervios principales son: L1, L2; L3, L4 y L5 .<sup>8</sup>

Los sitios de dolor en la columna se encuentran en las siguientes zonas aunque el disco vertebral disco vertebral no tiene nervio en su parte interna, pero en la parte externa si esta inervada por algunas fibras, los ligamentos comunes y además raíces nerviosas ciáticas y otras raíces nerviosas que salen por los espacios intervertebrales.<sup>8</sup>

Es de vital importancia hacer notar que para evitar una lesión la a nivel de la columna lumbar debe haber una coordinación entre sistema nervioso central (cerebro-medula- espinal), por tanto para levantar objetos o hacer un esfuerzo debe de haber preparación tanto mental como física ( concentración ).<sup>8</sup>

El síndrome doloroso lumbar se clasifica de la siguiente manera : sistematizado y no sistematizado.<sup>4-9</sup>

### **SISTEMATIZADO :**

Es cuando hay una lesión neurológica, caracterizado por presentar signos de alarma y su presencia es un indicador de enfermedad sistémica o patología ósea. Generalmente se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 50 años y menores de 20 años de edad, que es cuando mas se incrementa el riesgo de enfermedad sistémica o fracturas. Es importante saber que siempre hay antecedente de trauma o enfermedad, por lo que debemos tomar en cuenta los siguiente: una historia personal de cáncer, fiebre elevada mayor de 38 grados centígrados por mas de 48 horas, puede ser indicativo de alguna infección : urinaria, shigelosis, salmonelosis.. etc. A la exploración física se deben tomar en cuenta datos de daño neurológico, las pruebas marcha punta-talón son positivas, limitación marcada de arcos de flexión, alteración sensibilidad en dermatomo afectado, signo de lassege positivo, patrick positivo.<sup>4-9</sup>

Otras causas de síndrome doloroso lumbar son las siguientes:

- 1.- Enfermedades metabólicas
- 2.- Enfermedades no mecánicas de la columna
- 3.- Enfermedades viscerales.
- 4.- Problemas mecánicos de la columna.<sup>10</sup>

## **EL SÍNDROME DOLOROSO LUMBAR NO SISTEMATIZADO:**

Del cual no ocuparemos en la investigación de este trabajo, se define de la siguiente manera:

Es el dolor localizado en la región lumbar, comprende entre la parrilla costal y la región glútea inferior.<sup>7</sup>

Lo característico de este dolor es que no hay lesión neurológica, generalmente es un dolor localizado a nivel de la columna lumbar, sin irradiación, se acentúa con el movimiento, que puede ser referido por el paciente del lado derecho o del lado izquierdo a nivel de los músculos paravertebrales.<sup>7</sup>

### **CLÍNICAMENTE SE CLASIFICA EN :**

**Agudo:** si la sintomatología es menor a seis semanas.

**Subagudo :** si los síntomas duran de seis a doce semanas.

**Crónico :** cuando el cuadro clínico persiste por mas de doce semanas.<sup>11</sup>

Las causas más frecuentes son: esfuerzo, movimientos mal realizados, levantamiento de objetos de forma incorrecta, posturas viciosas, malas posturas para dormir, obesidad, sedentarismo, stress laboral o familiar, tensión o trastornos emocionales por problemas económicos o familiares.<sup>3-12-13</sup>

En esta patología en el interrogatorio es muy importante preguntar: inicio del dolor, localización, tipo, características, factores que lo aumentan o lo disminuyen, traumatismos previos, esfuerzos, factores psicosociales, stress en el hogar o laboral, factores económicos, movimientos rápidos y si es su primer cuadro doloroso.<sup>4</sup>

En el examen físico hay que observar: hábitos exterior, posturas del paciente, facies o conducta dolorosa, la exploración debe dirigirse a los datos positivos obtenidos en el interrogatorio, evaluación neurológica, examen de la columna: posturas, marcha, movilidad de la columna y miembros pélvicos.<sup>4</sup>

La indicación para la toma de radiografías debe tomarse en cuenta : historia de traumatismos severos, déficit neurológico, temperatura mayor de 38 grados centígrados por mas 48 horas, perdida de peso inexplicable historia personal de cáncer, uso de corticoides, abuso de alcohol o drogas, y sospecha de espondilitis anquilosante.<sup>14</sup>

Pero es importante hacer notar que las radiografías de la columna lumbar y las pruebas de laboratorio rara vez son indicadas durante la primera consulta en los pacientes con síndrome doloroso lumbar no sistematizado, ya que la causa como se menciono tiene mas relación con problemas como esfuerzo, movimientos no coordinados o ejecutados, problemas psicológicos, laborales y stress. Además que generalmente se trata de un problema pasajero y la mayoría de los pacientes no requieren de hospitalización.<sup>10</sup>

Debemos tomar en cuenta un factor muy importante que las radiografías de la columna son la principal causa de radiación gonadal, y que un millón de radiografías de columna lumbar provocaron fallecimientos innecesarios por causa de leucemia. Al igual que el mismo número de radiografías provocaron fallecimientos innecesarios por enfermedad genética.<sup>10</sup>

Por lo tanto debemos tomar en cuenta que el beneficio diagnóstico de las radiografías de la columna vertebral es pequeño, y mas cuando no existe un antecedente o signo relacionado con una enfermedad importante, lo cual ocurre en el síndrome doloroso lumbar no sistematizado. Si debemos tomar en cuenta que en el paciente que no hay mejoría después de 4 a 6 semanas de tratamiento realizar un estudio más a fondo como seria una tomografía axial computarizada, gammagrafía ósea, resonancia magnética para hacer un diagnóstico mas certero y dar un mejor tratamiento.<sup>10</sup>

## **TRATAMIENTO**

Después de las revisiones de artículos relacionados con el manejo y tratamiento del síndrome doloroso lumbar no sistematizado, se encontró que debe incluir: manejo con medios físicos, tratamiento con medicamentos, reposo relativo, ejercicios, uso de cinturones y fajas.<sup>10</sup>

### **MEDIOS FISICOS:**

Cuando el dolor tiene menos de 48 horas de evolución debe aplicarse hielo local las primeras 24 a 48 horas por periodos de 10 minutos 3 a 4 veces por día. Pero si el dolor tiene mas de 48 horas esta indicado el calor local en el área dolorosa, utilizado para reducir el dolor, aliviar el espasmo y mejorar el flujo sanguíneo. El calor local actúa como analgésico ( moderador del calor ) porque produce vaso dilatación.<sup>15</sup>

### **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**

De acuerdo a estudios y revisiones que se hicieron en la literatura el tratamiento basado en evidencias, con antiinflamatorios no esteroideos (AINES ) ,al ser comparados con analgésicos y otras drogas, se considero que sus efectos son mas eficientes para la mejoría del síndrome doloroso lumbar pero de menor duración, hay evidencias que todos los aines comprados entre si tiene la misma efectividad en el síndrome doloroso lumbar.<sup>16</sup>

La organización mundial de la salud incluye como medicamentos de elección : el acido acetil salicílico, ibuprofeno y paracetamol.<sup>17</sup>El principal mecanismo de acción de los antiinflamatorios no esteroideos ( AINES ) es la inhibición de la ciclooxidasasa (COX), enzima encargada de la biosíntesis de prostaglandinas, la cual se expresa en dos formas: COX - 1, presente en casi todas las células normales y COX -2, inducida en casos de inflamación por acción de las citosina y mediadores de la inflamación.<sup>18</sup>

Los AINES se clasifican de acuerdo con la inhibición del tipo de ciclooxigenasa. Y los de mayor riesgo por su efecto sobre la mucosa gástrica e inhibición plaquetaria. Son los inhibidores de la COX – 1, sus principales representantes son los siguientes medicamentos: derivados de los salicilatos, acetaminofen,



inndometacina, ibuprofeno, naproxeno, piroxicam, acido mefenamico, y diclofenaco. Los inhibidores selectivos COX-2 son las furononas con sustitución de diaril ( refecoxib ), pirazoles con sustitución de diaril ( celecoxib ), ácidos endolaceticos (entodolac ) y sulfonalidinas ( nimesulida ).<sup>18</sup>

El paciente se debe evaluar cada semana y de no existir mejoría a la tercera semana esta indicado el envió a medicina física y rehabilitación. Respecto al tiempo en que se debe de administrar el medicamento en el síndrome doloroso lumbar, existe controversia en los diferentes estudios que se han realizado, el puede ser de 2 a 14 días, por lo tanto el tiempo de tratamiento dependerá de la evolución del cuadro clínico y del juicio del medico.<sup>7</sup>

### **TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:**

**Reposo en cama :** de acuerdo a la literatura revisada no es efectivo en la fase aguda del síndrome doloroso lumbar, y además puede retrasar la recuperación del paciente, la recomendación es seguir con las actividades habituales, sin embargo los movimientos corporales tales como: flexión, giro, estiramiento y la actividad vigorosa deben ser evitadas.<sup>12-19</sup>

Y de acuerdo a otras revisiones la actividad acelera la recuperación y el retorno a trabajar, en estudios según la evidencia no existe una diferencia importante en los pacientes con reposo en cama en comparación con los activos con síndrome doloroso lumbar. Pero es importante valorar estas indicaciones en pacientes con déficit neurológico.<sup>12-20</sup>

**Masaje en cama :** no existe una evidencia convincente de que el masaje como terapia única y de primera elección sea efectivo en el síndrome doloroso lumbar, el beneficio pudiera ser asociado con otras actividades terapéuticas. Pero de evitarse siempre en áreas con inflamación aguda, infecciones de la piel, fracturas no consolidadas, áreas de quemadura áreas de trombosis venosa profunda y sitios con tumores cancerosos.

Otra modalidad es el uso de la electroterapia con resultados comparables o mejores en el alivio del dolor y mejoría en la función, por lo tanto ninguno de estos dos métodos es recomendable como terapia única y de primera elección.<sup>12-21</sup>

**Ejercicio terapéutico:** el ejercicio no es recomendable para el alivio del dolor en el cuadro agudo, es mas útil en el síndrome doloroso lumbar crónico, su practica mejora el dolor y el estado funcional del paciente, pero existe una controversia sobre que tipo de ejercicios deben hacerse, quizá : flexión, extensión, o estiramiento, e ahí la duda, pero es recomendable que todos los ejercicios realizados sean supervisados.<sup>12-22</sup>

**Uso de cinturones:** fajas o soportes lumbares. Las revisiones realizadas de investigaron muestran que limitación en cuanto a evidencia en el manejo del síndrome doloroso lumbar, no hay datos que indiquen que su uso se efectivo, por lo tanto es punto que tiene que seguirse estudiando en el futuro.<sup>12-23</sup>

## **2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Es frecuente el síndrome doloroso lumbar no sistematizado en la consulta del primer nivel de atención médica, por tanto el conocimiento de esta patología nos ayudaría a promover campañas de prevención de los factores causales.

¿Cual es la prevalencia de síndrome doloroso lumbar no sistematizado en la unidad de Medicina Familiar No. 2 de Manzanillo Colima ?

## **3.- JUSTIFICACIÓN**

El síndrome doloroso lumbar es un padecimiento frecuente al que tiene que enfrentarse el Médico Familiar, difícil de abordar y resolver.<sup>8</sup> Considerando que el 50 % de las personas laboralmente activas sufren un episodio de esta enfermedad.<sup>8</sup> Registros estadísticos en México revelan que se encuentra entre las 10 primeras causas de incapacidad y de consulta.<sup>5</sup>

Esta patología benigna por su sintomatología, en el Instituto Mexicano del Seguro Social junto con las dorsalgias ocupan entre los años 2000 y 2003 en séptimo lugar de la consulta de primer nivel.<sup>3</sup> En nuestra Unidad de Medicina Familiar No.2 de Manzanillo Colima esta en el séptimo lugar de atención y entre las primeras 15 causas de envió a segundo nivel de atención médica.<sup>6</sup>

Se requiere conocer la prevalencia del síndrome doloroso lumbar no sistematizado, ya que como se dijo antes su impacto en la atención médica tiene mucha importancia, y conociendo mejor la patología nos ayudaría a hacer promoción en la prevención en nuestro centro de trabajo, utilizando los programas como el de PREVEIMSS dentro de la Unidad de Medicina Familiar y extramuros en centros de trabajo y escuelas.

#### **4.- OBJETIVOS**

#### **4.1.- OBJETIVOS GENERALES**

Conocer la prevalencia del síndrome doloroso lumbar no sistematizado por edad y sexo.

#### **4.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Determinar las características clínicas del síndrome doloroso lumbar no sistematizado por edad.

Evaluar las características clínicas del síndrome doloroso lumbar no sistematizado por sexo.

Examinar causa y ocupación del síndrome doloroso lumbar no sistematizado por sexo y edad.

## **5.- MATERIAL Y METODOS DE ESTUDIO**

### **5.1.- DISEÑO DE ESTUDIO**

Transversal, descriptivo y observacional.

### **5.2.- PERIODO DE ESTUDIO**

Del primero de enero al 31 de diciembre del 2004

### **5.3.- POBLACION DE ESTUDIO**

Hombre y mujeres de 18 a 58 años de edad, atendidos en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 de Manzanillo Colima.

### **5.4.- CRITERIOS DE INCLUSION**

Pacientes con síndrome doloroso lumbar no sistematizado.

### **5.5.- CRITERIOS DE NO INCLUSION**

Paciente con antecedente de cirugía de columna lumbar, radiculopatía previa, lumbalgia de tipo visceral y embarazadas.

## 5.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Tabla 1

Variable	Naturaleza	Medición	Interrelación	Indicador	Definición
Edad	Cuantitativa	Razón	Dependiente	Años	Tiempo vivido en años
Sexo	Cualitativa	Nominal	Dependiente	Hombre y/o mujer	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer
Síndrome doloroso lumbar	Cualitativa	Nominal	Dependiente	Si o no	localizado en la región Lumbar dela ultima costilla Hasta la región glútea Inferior

## 5.7.- TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se determino mediante un muestreo aleatorio estratificado de 44 pacientes bajo la siguiente formula.<sup>24</sup>

$$\frac{NZ^2 S^2}{d^2 (N-1) + Z^2 S^2} = 15.7654$$

$$N = 44$$

$$Z = 1.96$$

$$S = 5$$

$$d = 2$$

### **5.8.-ANALISIS ESTADISTICO**

Estadística descriptiva: para la edad media, desviación estándar. Para sexo y síndrome doloroso lumbar no sistematizado frecuencias relativas.

### **5.9.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

Se realizo el estudio revisando expedientes de pacientes con síndrome doloroso lumbar, con edades entre los 18 y 58 años, extraídos de la 4-30-6 de la consulta Medico Familiar del primero de enero al 31 de diciembre del año 2004, de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 de Manzanillo Colima.

### **5.10.- ASPECTOS ETICOS**

El presente estudio fue autorizado por el comité local de investigación con el **No. R-2005-601-26**.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud vigente en nuestro país , el estudio esta clasificado como sin riesgo (Articulo 17, fracción 1 ).



## 6.- RESULTADOS

### 6.1.- ANALISIS DE RESULTADOS .

Se revisaron un total de 382 expedientes, de los cuales se excluyeron 30 por tener antecedente de radiculopatía en control, quedaron solo para el análisis 352 .

De los cuales 21 eran del sexo masculino que correspondió a 47.73 % y la edad de los sujetos oscilo entre los 18 y 58 años, con una media promedio de  $38 + 1.63$  años y 23 fueron del sexo femenino que correspondió al 52.27 % y la edad de estudio la misma, con un promedio de edad de  $38 + 2.86$  años. (tabla 1 y 2 ). El promedio de edad para ambos sexos fue de  $38 + 4.40$ .

Otra de cosa importante observada en el estudio es que ninguno de los pacientes participantes presento datos de sistematización en ambos sexos, , no requirió de hospitalización y el promedio de consulta fue a consulta 2 ocasiones. Que del los 21 pacientes masculinos 16 eran obreros, 1 contador , 1 mesero, 1 comerciante, 1 abogado y 1 mecánico. Y que de las 23 mujeres 18 se dedicaban al hogar, 3 secretarias, 1 comerciante y una camarista.

Entre las principales causas o motivos del síndrome doloroso lumbar fue : en hombres 19 esfuerzo y 2 flexión forzada o movimientos mal realizados. En mujeres 11 flexión forzada o movimientos mal realizados, 9 esfuerzo, 2 causa desconocida y 1 se resbalo. (tabla 3 y 4 ).

Otra cosa importante se observo que los pacientes respondieron bien al tratamiento medicamentoso con AINES ( diclofenaco, naproxeno ) y paracetamol. Además de su manejo con aplicación de calor local y reposo relativo .

**6.2.- TABLAS Y GRAFICAS**

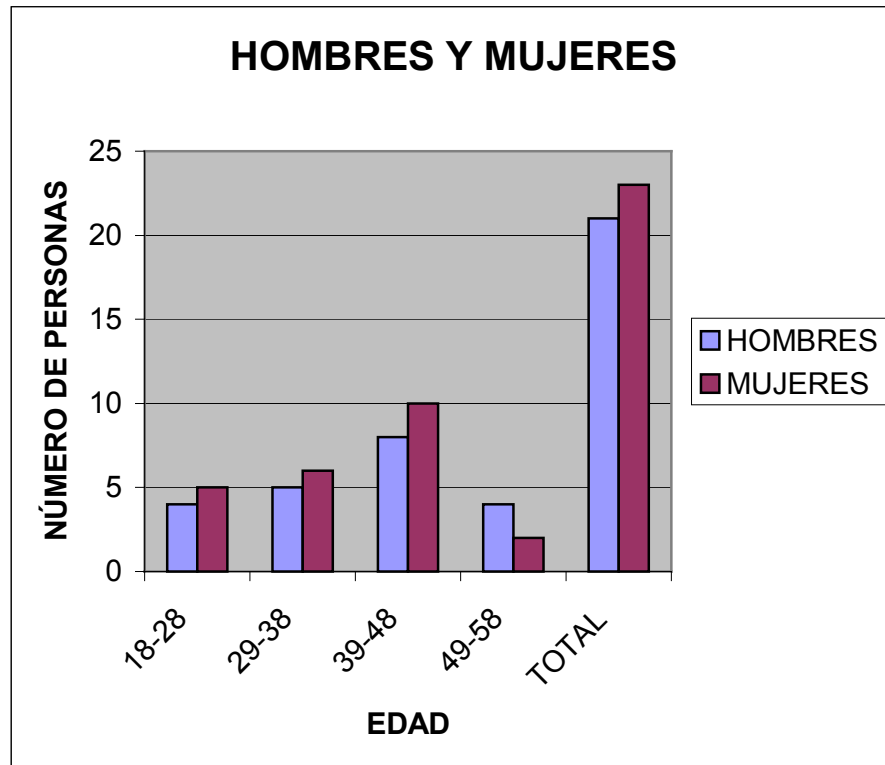
**TABLA 1**

**EDAD DE LOS PARTICIPANTES AMBOS SEXOS**

EDAD	HOMBRES	MUJERES
18-28	4	5
29-38	5	6
39-48	8	10
48-58	4	2
TOTAL	21	23

EXPEDIENTES CLINICOS Y 4-30-6 DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 MANZANILLO COLIMA, MÉXICO.

**GRAFICA 1 EDAD DE LOS PARTICIPANTES AMBOS SEXOS**



\*EXPEDIENTES CLINICOS Y 4-30-6 DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.2 MANZANILLO COLIMA, MÉXICO.

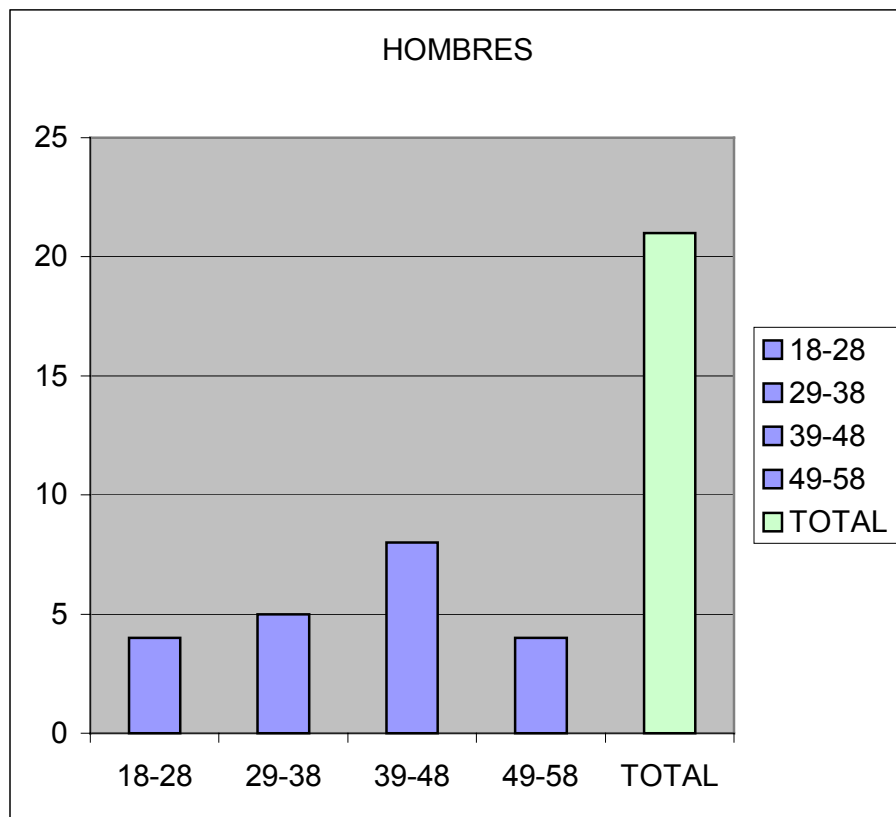
**TABLA 2**

**EDAD DE LOS HOMBRES PARTICIPANTES Y PORCENTAJE**

AÑOS	MASCULINO	PORCENTAJE(%)
18-28	4	9.09
29-38	5	11.36
39-48	8	18.18
49-58	4	9.09
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>47.73</b>

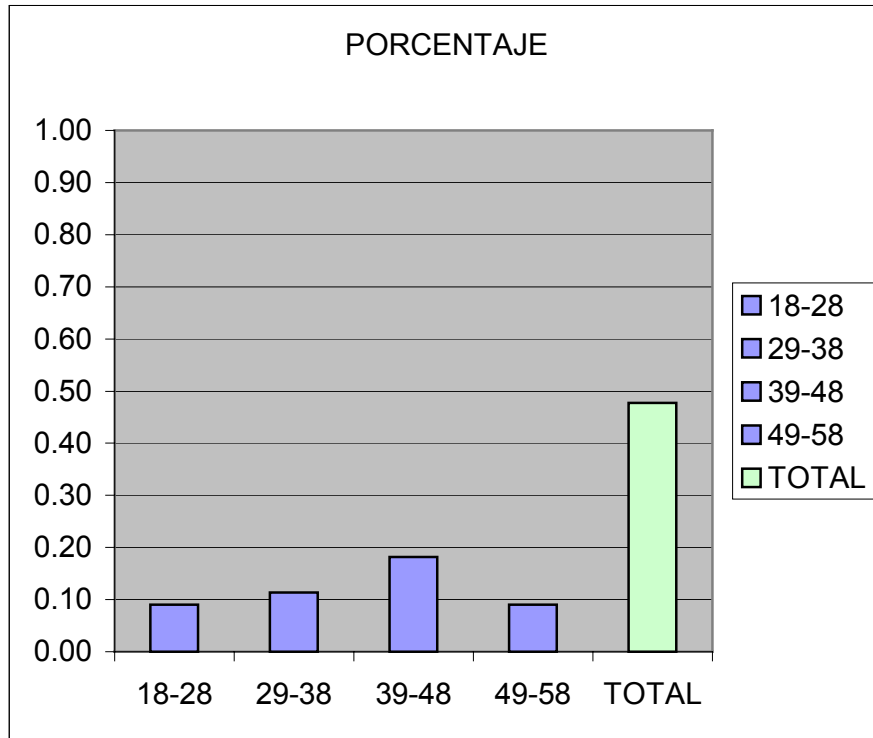
EXPEDIENTES CLINICOS Y 4-30-6 DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 MANZANILLO COLIMA, MÉXICO.

**GRAFICA 2: EDAD DE LOS HOMBRES PARTICIPANTES**



\*EXPEDIENTES CLINICOS Y 4-30-6 DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.2 MANZANILLO COLIMA, MÉXICO.

### GRAFICA 3: PORCENTAJE DE LOS HOMBRES



EXPEDIENTES CLINICOS Y 4-30-6 DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 MANZANILLO COLIMA, MÉXICO.

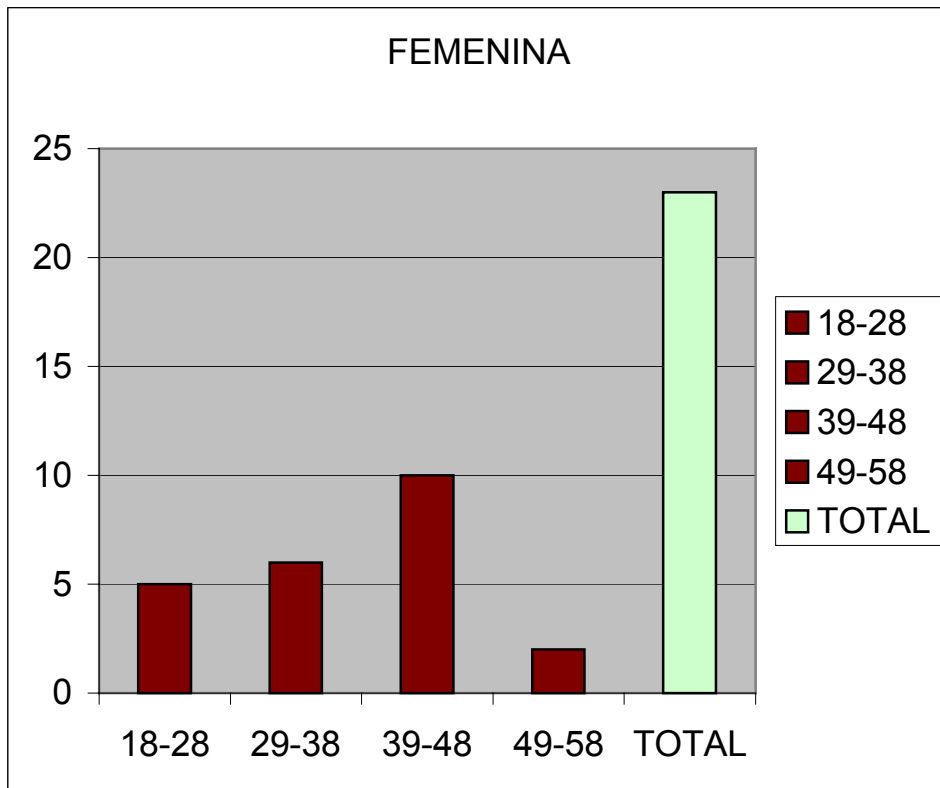
**TABLA 3**

**EDAD DE LAS MUJERES PARTICIPANTES Y PORCETAJE**

EDAD	FEMENINA	PORCETAJE (%)
18-28	5	11.36
29-38	6	13.63
39-48	10	22.72
48-58	2	4.54
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>52.27</b>

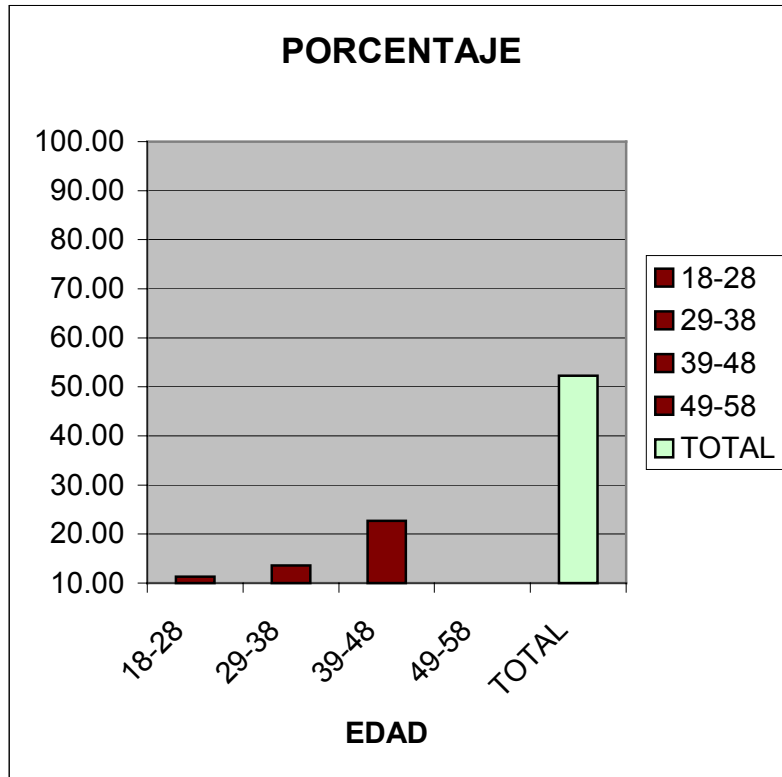
EXPEDIENTES CLINICOS Y 4-30-6 DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 MANZANILLO COLIMA, MÉXICO.

**GRAFICA 4: EDAD DE LAS MUJERES PARTICIPANTES**



\*EXPEDIENTES CLINICOS Y 4-30-6 DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 MANZANILLO COLIMA, MÉXICO.

### GRAFICA 5: PORCENTAJE DE LAS MUJERES



EXPEDIENTES CLINICOS Y 4-30-6 DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 MANZANILLO COLIMA, MÉXICO.

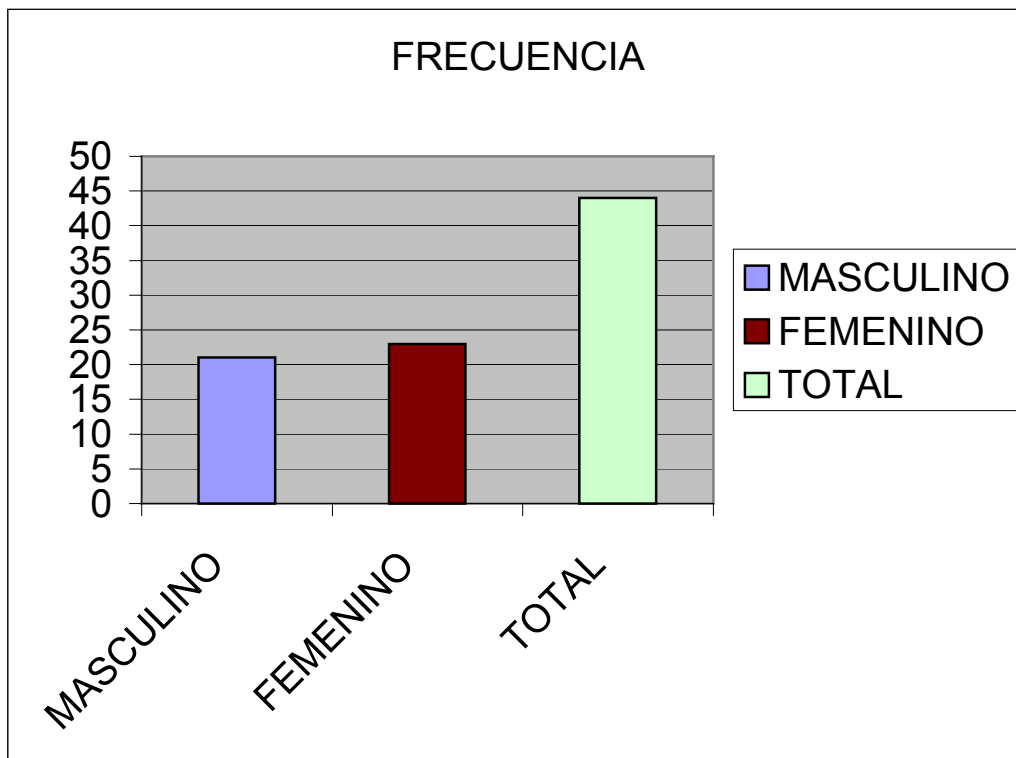
**TABLA 4**

**SEXO DE LOS PARTICIPANTES**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	21	47.73 %
FEMENINO	23	52.27 %
TOTAL	44	100.00 %

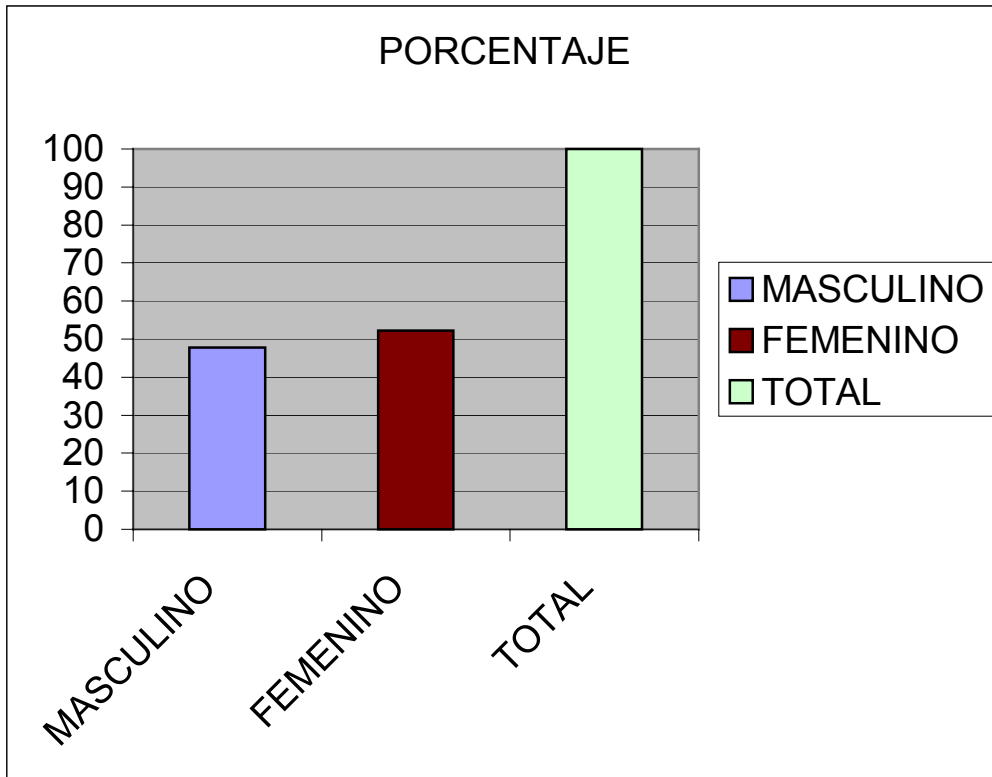
EXPEDIENTES CLINICOS Y 4-30-6 DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 MANZANILLO COLIMA, MÉXICO.

**GRAFICA 6: SEXO DE LOS PARTICIPANTES**



\*EXPEDIENTES CLINICOS Y 4-30-6 DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.2 MANZANILLO COLIMA, MÉXICO.

### GRAFICA 7: PORCENTAJE POR SEXOS



EXPEDIENTES CLINICOS Y 4-30-6 DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 MANZANILLO COLIMA, MÉXICO.



**TABLA 5****EDAD, OCUPACION, CAUSA, CARACTERISTICAS CLINICAS Y No. CONSULTAS EN HOMBRES CON SINDROME DOLOROSO LUMBAR NO SISTEMATIZADO.**

<b>EDAD</b>	<b>OCUPACION</b>	<b>CAUSA</b>	<b>SISTEMATIZACION</b>	<b>No. CONSULTAS</b>
18	OBRERO	ESFUERZO	NO	2
19	OBRERO	FLEXION BRUSCA	NO	2
24	OBRERO	ESFUERZO	NO	1
28	OBRERO	ESFUERZO	NO	2
31	OBRERO	ESFUERZO	NO	2
31	OBRERO	ESFUERZO	NO	2
35	OBRERO	ESFUERZO	NO	1
35	OBRERO	ESFUERZO	NO	2
37	OBRERO	ESFUERZO	NO	3
39	CONTADOR	FLEXION BRUSCA	NO	2
40	COMERCIANTE	ESFUERZO	NO	1
40	OBRERO	ESFUERZO	NO	3
44	OBRERO	ESFUERZO	NO	3
44	OBRERO	ESFUERZO	NO	2
46	OBRERO	ESFUERZO	NO	3
46	ABOGADO	ESFUERZO	NO	1
47	OBRERO	ESFUERZO	NO	3
50	OBRERO	ESFUERZO	NO	3
50	OBRERO	ESFUERZO	NO	2
54	MESERO	ESFUERZO	NO	2
57	MECANICO	ESFUERZO	NO	3

\*EXPEDIENTES CLINICOS Y4-30-6 DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.2 MANZANILLO COLIMA, MÉXICO.

**TABLA 6****EDAD, OCUPACION, CAUSA, CARACTERISTICAS CLINICAS Y No. DE CONSULTAS EN MUJERES CON SINDROME DOLOROSO LUMBAR NO SISTEMATIZADO.**

EDAD	OCUPACION	CAUSA	SISTEMATIZACION	No. CONSULTAS
19	HOGAR	FLEXION BRUSCA	NO	1
19	SECRETARIA	MOV. BRUSCO	NO	1
21	HOGAR	ESFUERZO	NO	2
23	CAMARISTA	FLEXION BRUSCA	NO	2
24	HOGAR	MOVIMIENTO BURSCO	NO	2
30	SECRETARIA	FLEXION BRUSCA	NO	2
31	HOGAR	ESFUERZO	NO	2
34	HOGAR	FLEXION BRUSCA	NO	3
34	HOGAR	CAUSA DESCONOCIDA	NO	1
35	HOGAR	FLEXION BRUSCA	NO	2
36	HOGAR	FLEXION BRUSCA	NO	2
37	HOGAR	CAUSA DESCONOCIDA	NO	1
39	HOGAR	ESFUERZO	NO	3
40	HOGAR	FLEXION BRUSCA	NO	2
41	HOGAR	ESFUERZO	NO	3
43	HOGAR	ESFUERZO	NO	3
44	HOGAR	ESFUERZO	NO	2
44	SECRETARIA	FLEXION BRUSCA	NO	2
44	HOGAR	ESFUERZO	NO	1
45	COMERCIANTE	ESFUERZO FLEXION	NO	1
45	HOGAR	FROZADA	NO	2
48	HOGAR	RESABALON	NO	1
58	HOGAR	ESFUERZO	NO	2

EXPEDIENTES CLINICOS Y 4-30-6 DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 MANZANILLO COLIMA, MÉXICO.

## 7. DISCUSION

El síndrome doloroso lumbar problema complejo y difícil de resolver.<sup>1</sup> Se considera que cada año 50 % de las personas sufre un episodio de esta enfermedad y que un 80 a 90 % de la población lo padece en alguna época de su vida, generalmente es autolimitado y benigno.<sup>3</sup>

En estudios realizados en otros países la prevalencia oscila entre 7.6 y 60 %, además se encuentra entre el tercero y cuarto lugar como motivo de consulta en el primer nivel de atención médica.<sup>4</sup>

Respecto a estudios realizados en nuestro país, es una de las primeras 10 motivos de incapacidad laboral.<sup>5</sup> Además en el año 2000 ocupó el quinto lugar como motivo de consulta y en el año 2003 el séptimo lugar, siendo edad promedio de mayor frecuencia la de 40 años para mujeres y hombres.<sup>3</sup>

En nuestra Unidad de Medicina Familiar No.2 de Manzanillo de Colima; en el año 2000 ocupó el cuarto lugar y en el 2003 el séptimo lugar como motivo de consulta en el primer nivel de atención médica encontrándose entre las primeras 15 causas de envió a segundo nivel de atención.<sup>6</sup>

Es importante hacer notar que de los 44 pacientes estudiados todos presentaron solo cuadro agudo, ninguno presentó datos de sistematización, su número de consultas fue de 1 a 3, además su respuesta al tratamiento y manejo fue la esperada y reportada a la de otros estudios.

Se observó que afecta de igual forma a hombres y mujeres con una prevalencia. De 47.73 % y 52.27 % respectivamente, con mayor frecuencia en personas de 39 a 48 años de edad, con una media de 38 años, dato que coincide con otros estudios

La principal causa para ambos sexos fue el esfuerzo, mismo dato reportado en otros estudios, y en hombres la mayoría obreros y en las mujeres estas eran amas de casa.

## 8.- CONCLUSIONES

En el presente estudio se logro observar que la prevalencia del síndrome doloroso lumbar no sistematizado es alta, siendo igual en hombres y mujeres, y en todos los expedientes revisados de estos pacientes ninguno presento datos de sistematización, que es una patología de tipo benigno, cursando con cuadro de agudización y que es un padecimiento puede resolver por el Medico Familiar, con el tratamiento y manejo que se dio al medico de primer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de las guías medicas de manejo de los padecimientos mas frecuentes en la consulta .

Por lo que podemos estar seguros que con la modificación en el estilo de vida, laboral psicosocial y familiar, podemos limitar el impacto negativo en la salud, y esto se puede realizar en nuestros programas de preveimss, únicamente utilizando educación al derechohabiente, principalmente enfocándonos en la población mas afectada obreros en sus empresas y amas de casa en grupos de prevenimss. Por lo tanto con estas medidas disminuir los envíos al segundo nivel de atención médica, y reducir los gastos en nuestra Institución de Salud.

## 9.- BIBLIOGRAFIA

- 1.-Axotla et al. Estudio y manejo del dolor bajo de espalda. Rev. Hosp. Juárez Méx. 2000; 67 ( 2 ) : 88 – 99.
- 2.-Krivoy et al. Historia de la biomecánica espinal hasta el renacimiento informe medico. 2000; 4 (3) 203 - 209
- 3.-Atenogenes et al. Lumbalgia en trabajadores. Epidemiología 2003; 41: Pág. 203-205.
- 4.-Patel AT, Ogle AA. Diagnosis and management of acute low back pain. Am phys 2000; 61 (6): 1779 – 1786.
- 5.-Salinas et al. Esguince lumbar por accidente en el trabajo en la industria química y trabajadores en general afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social 1995-1997. Informe epidemiológico. Rev. Méx. ORT. Trauma. 2000;14 (1) enero-febrero: 91-95.
- 6.- Registro de actividades de integración de salud ( RAIS ) del Instituto Mexicano del Seguro Social, Manzanillo Colima., México , año 2004.
- 7.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guías clínicas para atención en medicina Familiar 2003; 41: 123-127
- 8.-Caillet R. Lumbalgia: cuarta edición: Pág. 1-181, año, 1991.
- 9.- Bandeba M, Torgerson W, Long D: A validated, practical classification procedure for many persistent low back pain patients. Pain 2000; 87: 89-97.
- 10.- Saymur P. Roberto Pinals. Atencion Medica de Mexico. Nov. 1991. Pag. 9-31.
- 11.-Institute for Clinical system. Improvement. Health care guideline, adult low back Pain: [http: // www.icsi.org](http://www.icsi.org).
- 12.- Deyo RA, Bass JE. Lifestyle and low-back pain. The influence of smoking y obesity . Spine 1989; 14: 501-506.

- 13.- Barbera CED, Cisneros DF. Alteraciones estructurales de la columna lumbosacro y su relación con el dolor. Rev. Med. IMSS 1993; 31 (3): 207-212.
14. - Kendrick et al. Radiography of lumbar spine in primary care patient with low Back pain: randomized controlled trial. BMJ2000; 322:400-405
- 15.- Oaks S. Yoke M. The low back low down: pain prevention. Am Fitness 2000; 18 :(4): 47-56.
- 16.- Organización mundial de la Salud. Medicamentos esenciales, lista básica . [www.who.int/medicines/organization/par](http://www.who.int/medicines/organization/par)
17. - Tulder MW et al . Nonsteroidal anti-inflammatory for low back pain. The Cochrane Database of Systemic Riviews 2002; Issue 1.
- 18.-Jackson L, Morrow JD, Analgesic-antipiretic and antiinflamatory agents an drugs Employed in the treatment of gout. EN :Goodman and Gilman A. The pharmacology bases of therapeutic. Then edition. New York, USA: Mc-Graw-Hill; 2001. 687-731.
- 19.- Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews bed rest and advice to stay active for low back pain. Br J. Gen Pract 1999; 47: 647-645.
- 20.- Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute lox back pain and sciatica. The Cochrane Database of systemic Reviews 2002; Issue 1.
- 21.- Furlan AD, Brosseau L, Welch V, Wong J. Massage for lox back pain. The Cochrane Database of Systematic reviews 2002; Issue 1.
- 22.-Tulder MW, Malmivaara A, Esmail R, Koes BW. Exercise therapy for low back pain, The Cochrane Database of systemic Reviews 2002; Issue 1.
- 23.-Tulder MW, Jellema P, Poppel M, Nachemson A, Bouter L. Lumbar supports for prevention ant treatment of low back pain. The Cochrane Database of systemic Reviews 2002; issue 1.

24.-Salinas, Villarreal, Garza, Núñez. Investigación en Ciencias de la Salud. Editores Mc Graw –Hill Interamericana, S. A. de C. V. Segunda Edición 2001: 27-41