



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD ACADÉMICA UMF No. 1  
CD. VICTORIA, TAMAULIPAS**

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA LUMBALGIA EN  
PACIENTES EN LA UMF NO. 68 SANTANDER JIMENEZ,  
TAMAULIPAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1° DE  
ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2005**

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

**PRESENTA:**

**DRA. KARINA GUADALUPE RIVERA GONZALEZ**

**CD. VICTORIA, TAMPS**

**MARZO 2007**



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.

FREUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA LUMBALGIA EN PACIENTES  
EN LA UMF No 68 SANTANDER, JIMENEZ, TAMAULIPAS EN EL PERIODO  
COMPRENDIDO DEL 1º DE ENERO AL  
31 DE DICIEMBRE DEL 2005.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

KARINA GUADALUPE RIVERA GONZALEZ

AUTORIZACIONES

DR. SALVADOR HERNANDEZ GONZALEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS

DR. SALVADOR HERNANDEZ GONZALEZ

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

DR. MANUEL HERNANDEZ ORTEGA

ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

DR. FRANCISCO JAVIER GARCIA LUNA MARTINEZ

COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N° 1  
CD. VICTORIA TAMAULIPAS 2007

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA LUMBALGIA EN PACIENTES  
EN LA UMF No 68 SANTANDER, JIMENEZ, TAMAULIPAS EN EL PERIODO  
COMPRENDIDO DEL 1º DE ENERO AL  
31 DE DICIEMBRE DEL 2005.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**KARINA GUADALUPE RIVERA GONZALEZ**

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR

UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA

UNAM

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR  
UNAM

## **1. TITULO**

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA LUMBALGIA EN PACIENTES  
EN LA UMF No 68 SANTANDER, JIMENEZ, TAMAULIPAS EN EL PERIODO  
COMPRENDIDO DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2005.

## 2. INDICE

1. TITULO.....	4
2. INDICE.....	5-6
3. MARCO TEORICO.....	7-21
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
5. JUSTIFICACION.....	23-24
6. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS.....	25-26
7. HIPOTESIS.....	27
8. METODOLOGIA.....	28-29
8.1DEFINICION DE LAS VARIABLES.....	30-34
8.2DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	35

<b>8.3ANALISIS ESTADISTICO.....</b>	<b>36</b>
<b>8.4FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.....</b>	<b>37</b>
<b>8.5RECURSOS HUMANO, FISICOS Y FINANCIEROS.....</b>	<b>38</b>
<b>9. RESULTADOS.....</b>	<b>39-40</b>
<b>10.DISCUSION.....</b>	<b>41-43</b>
<b>11.CONCLUSIONES.....</b>	<b>44-45</b>
<b>12.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>46-48</b>
<b>13.ANEXOS.....</b>	<b>49-54</b>

### 3. MARCO TEORICO

#### ANTECEDENTES

##### Definición

La lumbalgia es un dolor localizado en la espalda entre el último arco costal y la región glútea. Puede o no estar irradiado a los miembros inferiores, región inguinal o abdomen. Según su duración, comprende lumbalgia aguda: evolución menor de seis semanas; lumbalgia subaguda: entre seis y doce semanas y lumbalgia crónica: evolución mayor a doce semanas. El dolor lumbar tiene una prevalencia anual del 50% entre la población trabajadora en edad adulta. (1)

##### Incidencia

La lumbalgia es uno de los problemas mas frecuentes en la práctica medica y afecta al 70 a 80% de los adultos alguna vez durante su vida. (2)

La lumbalgia aguda tiene buen pronóstico, en más del 80% de los casos no se encuentra una causa subyacente y el 90% de éstos se recupera antes de las seis semanas. Aunque las lumbalgias inespecíficas son procesos benignos y autolimitados, más de la mitad recidivan. (3)

La inmensa mayoría de los episodios de lumbalgia no incapacitan de forma importante; el 90-95% de los individuos que acuden a Atención Primaria por dolor lumbar mejoran en menos de un mes y sólo en un 5-7% de los pacientes el dolor persiste después de los 6 meses. Es este 5% el que condiciona por sí solo el 85% del gasto total por dolor lumbar. (4)

La frecuencia de dolor de espalda es tal, que solo en Estados Unidos hay 7 millones de personas que dejan de trabajar por esta causa en algún momento, siendo la principal causa de pérdida de tiempo de trabajo. En Gran Bretaña se pierden 13, 2 millones de días de trabajo por este síndrome (Mackenzie, 1998). Frimoyer & Pope (1983) comunicaron una prevalencia del dolor de espalda a lo largo de la vida, del 70%, parecida a la comunicada por autores daneses, suecos y holandeses. En Canadá, la incidencia anual de lumbalgia causante de ausentismo laboral fue de 1,4%, en 1981. En Inglaterra se han comunicado tasas de 4,5% en estudios transversales que cubrían un gran margen de oficios (Anderson, 1986). (5)

La prevalencia informada por autores de otros países alcanza cifras que oscilan entre 7.6 y 37%, con mayor presencia en los sujetos entre 45 y 60 años de edad. En México, el dolor lumbar se encuentra dentro de los primeros diez diagnósticos establecidos en la consulta externa de medicina general (6)

El dolor lumbar es una afección muy frecuente, es la segunda causa en frecuencia de visitas médicas, la quinta causa en frecuencia de hospitalización y la tercera en frecuencia de intervención quirúrgica. Además es la tercera causa de incapacidad funcional crónica después de las afecciones respiratorias y traumatismos. Se ha comprobado que independientemente del nivel de una población determinada, los problemas de lumbalgia son de alta prevalencia. (7)

Datos recientes indican que su incidencia y prevalencia han permanecido estables durante los últimos 15 años. Un fenómeno asociado a las sociedades industrializadas es la aparición de una epidemia de incapacidad asociada al dolor lumbar la cual tiene unas tremendas repercusiones socioeconómicas y laborales que además, tienden a incrementarse. (7)

Sirva como ejemplo que Sauné y col. observaron que la mediana de duración de la incapacidad temporal fue de 112 días (con un percentil 25 de 60 días y un percentil 75 de 183.75 días, lo que corresponde entre dos y seis meses aproximadamente). Más de la mitad de los casos tuvieron un período de incapacidad temporal superior a los 30 días e inferior a 150 y la curación se produjo en el 77.4% de los afectados. (7)

La literatura médica referida a la epidemiología del dolor de espalda es extensa, pero la mayoría se restringe a aspectos muy específicos, se estudian poblaciones muy diversas, el análisis de las características del dolor es muy heterogéneo y ofrecen escasa información sobre conductas terapéuticas y las

consecuencias personales, lo cual origina resultados muy dispares y difíciles de comparar.

El dolor de espalda aparece en todos los grupos de edad, tiene tendencia a aumentar conforme avanza esta, y predomina entre los 45 y 59 años. Lo padecen más las mujeres y con frecuencia disminuye o imposibilita la actividad personal y profesional, lo que implica los elevados costes directos o indirectos que se asocian a esta situación clínica. (8)

#### Etiología

En el 80 % de los casos de lumbalgia, no se le puede atribuir el problema a una lesión específica alguna. Solamente en el 10-15 % de los casos es posible determinar la etiología, esto es debido a que a pesar de la utilización de pruebas complementarias, en el 80-85 % de los casos se establece el diagnóstico de lumbalgia inespecífica, por la falta de correlación entre los resultados y la historia clínica. (9)

En el NIOSH (Institute for Occupational Health and Safety) los expertos llegaron a la conclusión de que los principales movimientos generadores de lumbalgia son: flexión anterior, flexión con torsión, trabajo físico duro con repetición, trabajo en un medio con vibraciones y trabajo en posturas estáticas. (9)

A la hora de recoger objetos del suelo, lo más beneficioso para la columna es tratar de coger el menor peso posible y hacer tracción con los brazos para que el objeto esté lo más cercano al eje vertebral. En relación a las posturas estáticas, las cargas a las que se somete la columna lumbar disminuyen si al sentarse el individuo se apoya hacia atrás con el respaldo y si se respeta el grado de lordosis fisiológica; de tal forma que los asientos en lugar de formar su típico ángulo de 90° formen uno de 110°. (9)

Respecto a la intervención de factores de tipo psicológico, Lampe observó que, en términos generales, hay una asociación entre presencia de acontecimientos vitales que producen tensión y dolor de espalda. Sarno, por su parte, señaló el papel mediador de la tensión física en esa asociación, así como la obtención de resultados exitosos de la intervención psicológica sobre el dolor en algunos pacientes.

Hay evidencias de que en sujetos cuyos conflictos emocionales se viven de forma física, suelen aparecer, asociados a la lumbalgia, trastornos de tipo depresivo o histérico, dificultades de adaptación o neuroticismo. Se habla en este sentido de lumbalgia psicógena, el segundo tipo más frecuente, después de la lumbalgia mecánica. Este fenómeno se podría explicar porque la tensión emocional produce un aumento en la tensión muscular y en el cansancio, lo cual hace aparecer un sustrato metabólico que origina o mantiene el dolor lumbar en el tiempo. (10)

El dolor lumbar es un síntoma originado por una gran variedad de procesos que puede ser de naturaleza degenerativa, inflamatoria, infecciosa o tumoral. (11)

#### I. Lumbalgias mecánicas:

1. Lumbalgias por alteraciones estructurales: Espóndilo lisis, Espondilolistesis, Escoliosis, Patología discal, artrosis interapofisiarias posteriores, Disimetrías pélvicas, Embarazo, Hiperlordosis
2. Lumbalgias por traumatismo: Distensión lumbar, Fractura de compresión, Subluxación de la articulación vertebral, Espondilolistesis: fractura traumática del istmo

#### II. Lumbalgias no mecánicas:

1. Lumbalgias inflamatorias: Espondiloartritis anquilosante, Espóndilo artropatías
2. Lumbalgias infecciosas:
  - a. agudas (gérmenes piógenos)
  - b. Crónicas (Tuberculosis, brucelosis, hongos)
3. Lumbalgias tumorales
  - a. Benignas: osteoma osteoide, osteoblastoma, fibroma, lipoma

b. Malignas: mieloma múltiple, sarcoma osteogénico, osteosarcoma

c. Metástasis vertebrales: mama, próstata, pulmón, riñón, tiroides, colon

d. Tumores intrarraquideos: meningioma, neurinoma, ependimoma

#### 4. Lumbalgias no vertebrales y viscerales (dolor referido)

a. Patología osteoarticular no vertebral: cadera, articulación sacroiliaca

b. Patología gastrointestinal: ulcus, tumores pancreáticos, duodenales, gástricos o colónicos, pancreatitis crónica, colecistitis, diverticulitis

c. Patología vascular: aneurisma disecante de aorta

d. Patología retroperitoneal: hemorragia, linfoma, fibrosis, absceso del psoas

e. Patología genitourinaria: endometriosis, embarazo ectópico, neoplasia genital, próstata o riñón, pielonefritis, prostatitis, urolitiasis.

#### 5. Otras causas de lumbalgia no mecánica:

- a) Enfermedades endocrinológicas y metabólicas: osteoporosis con fractura, osteomalacia, acromegalia, alteraciones del paratiroides, condrocalcinosis, fluorosis, ocronosis
- b) Enfermedades hematológicas: leucemias, hemoglobinopatías, mielofibrosis, mastocitosis
- c) Miscelánea: enfermedad de Pagenet, artropatía neuropatía, sarcoidosis, enfermedades hereditarias
- d) Fibromialgias, problemas psiconeuroticos (11)

El dolor lumbar mecánico simple, es el más frecuente, y está producido por alteración de la columna vertebral, estructural o por sobrecarga funcional o postural.

El dolor radicular, puede estar producido por distintos mecanismos: compresión, estiramiento, torsión o irritación. Es un dolor que se irradia desde la zona dorso lumbar hasta el tobillo y suele afectar al territorio correspondiente a la raíz nerviosa lesionada con o sin signos neurológicos, como cambios de fuerza, sensación o reflejos, limitados a esta raíz. La causa más frecuente es la hernia discal con una historia de muchos años de duración, con episodios de exacerbaciones y remisiones.

El dolor lumbar no mecánico

1.- Dolor inflamatorio. La rigidez matutina y el dolor lumbosacro en reposo, sobre todo nocturno, son síntomas frecuentes de pacientes con espondilitis anquilosante o enteropatías. En la lumbalgia infecciosa el dolor es intenso, con

fiebre y malestar general. Si el dolor presenta características infiltrativas (de reciente aparición, con ritmo inflamatorio, progresivo y con rigidez vertebral) hay que sospechar un origen tumoral, sobre todo en pacientes mayores con primer episodio de dolor.

2. Dolor referido. Originado en vísceras pélvicas y abdominales, se irradia a la columna vertebral. Habitualmente el dolor suele acompañarse de cambios en las funciones gastrointestinal o genitourinaria.

Dolor lumbar crónico. Lumbalgia que dura más de tres meses. Es de origen multifactorial, e intervienen factores psicosociales además del orgánico. La evolución a la cronicidad se produce en menos del 10%, el proceso crónico se caracteriza por una baja respuesta a fármacos y en su pronóstico tienen importantes repercusiones factores psicológicos y sociales, así como el tiempo de incapacidad.

Actualmente se sabe que el tiempo de incapacidad actúa agravando los síntomas

Físicos y psicológicos, de manera que el mayor riesgo personal, laboral y social de las personas con una lumbalgia crónica inespecífica no está en la cronificación del dolor, sino en la cronificación de la incapacidad (4,11)

## Diagnóstico

El primer objetivo de la evaluación de los pacientes es identificar la fuente del dolor y, en particular, a aquellos que puedan tener una enfermedad subyacente grave. Luego, se evalúa el grado del dolor y de la limitación funcional, se definen los factores contribuyentes en la medida de lo posible, se evalúan las expectativas de los pacientes y se desarrolla una estrategia apropiada de tratamiento.

Se debe realizar una historia clínica minuciosa, que incluya la naturaleza del inicio del malestar, los antecedentes médicos, deportivos, ocupacionales y generales, la presencia de rigidez matinal y de síntomas neurológicos asociados, y de características sistémicas. (12)

La sospecha de un trastorno subyacente debería ser en pacientes menores de 20 años o mayores de 55, al comienzo de los síntomas cuando el dolor es de tipo no mecánico o torácico, y cuando se hallan presentes síntomas sistémicos, deformidades estructurales, infección por HIV o antecedentes de neoplasias. Se debe evaluar marcha, postura, deformaciones, grado de movilidad, sensibilidad, localización y movimientos que provocan el dolor y factores que contribuyen a generarlo. Las cuestiones importantes relacionadas con la lumbalgia incluyen los factores que provocan o palian el dolor; la calidad del dolor y su irradiación, la intensidad y los síntomas sistémicos asociados, y el tiempo de evolución. (12)

Mas allá de la distinción entre el carácter agudo, subagudo o crónico de la lumbalgia, existe un consenso en que a historia clínica y la exploración física deben ser suficientes para establecer una orientación diagnóstica, y reconocer la existencia o no de las llamadas red flags (banderas rojas o señales de alarma). Así como también de las denominadas yellow flags (banderas amarillas o factores individuales y relacionados con trabajo, que pueden suponer un riesgo de cronicidad)

Es importante identificar factores psicosociales, tanto individuales como relacionados con el trabajo. El tipo de actividad tiene especial importancia, ya que existe evidencia de que los trabajadores que demandan mayor actividad física se asocian con mayor incidencia de dolor lumbar así como con una tendencia a la persistencia y agravamiento de los síntomas. (13)

Señales de alarma (red flags)
1. Edad >55 años
2. Antecedente traumático previo
3. Antecedentes de cáncer o inmunodeficiencias
4. Síntomas constitucionales
5. Infección urinaria
6. Consumo prolongado de corticoides
7. Uso parenteral de drogas vía parenteral
8. Dolor de ritmo inflamatorio
9. Incontinencia de esfínteres o anestesia en silla de montar
10. Déficit neurológico significativo o progresivo en una extremidad inferior

(14)

## Examen físico

Es conveniente que esté sistematizado, de tal forma que no se obvie ningún paso y se aproveche la riqueza de sus hallazgos.

Un examen amplio no debe necesariamente implicar un prolongado tiempo, lo importante es saber qué debemos buscar y las maniobras apropiadas durante dicho examen.

## Examen físico sugerido frente a lumbalgia

1. De pie: Evaluaremos postura, marcha, posición antiálgica, examen de la espalda.

La determinación del espasmo muscular paravertebral se realiza objetivando la «cuerda de Forrestier», al colocar dos dedos sobre la musculatura paravertebral lumbar y solicitar al paciente que flexione la columna lateralmente, estos músculos deben relajarse, en caso que ello no ocurra, el signo de la cuerda de Forrestier será positivo.

2. Sentado: Se evaluará el dolor a la elongación de raíz nerviosa.

El examen neurológico será más eficiente si se realiza orientado a las áreas afectadas de acuerdo a la anamnesis.

La sensibilidad de cualquier prueba neurológica simple para el diagnóstico de lesión de raíces nerviosas es de 50% pero si se utilizan distintas pruebas y sus resultados se agrupan, la sensibilidad llega al 90%.

3. Decúbito supino: Se evaluará el dolor radicular a través de la búsqueda de: Lasegue directo, reforzado y contra lateral.

Se evaluará el origen vertebral del dolor a través de la maniobra de Goldthwait.

Finalmente, se evaluará el dolor en la articulación coxofemoral a través de la maniobra de Fabere.

4. Decúbito prono: Se evaluará el dolor radicular desde la raíz L2 a L4 a través de la maniobra de Lasegue invertido, el cual se logra con la extensión del muslo a partir de dicha posición.

Un aspecto fundamental en el examen es determinar la zona de dolor, ya que ello nos orientará hacia la raíz comprometida. Asimismo, la evaluación de los reflejos osteotendinosos nos permitirá definir la raíz comprometida. (15)

En el diagnóstico de pacientes con lumbalgia, ciatalgia o ambas sugerentes de hernia discal lumbar, aún ocupa un lugar importante la radiografía simple de columna lumbosacra. La rectificación de la lordosis lumbar y el estrechamiento del interespacio son los signos radiológicos más frecuentes encontrados. (16)

Los medios diagnósticos ayudan a corroborar el diagnóstico clínicamente sospechado, los fundamentales son los estudios imagenológicos (mielografía y tomografía axial computadorizada, mielo-TAC, resonancia magnética nuclear) y los neurofisiológicos (electro miografía, onda F y reflejo H). Con el desarrollo científico-técnico se han desarrollado estos métodos, lo que ha significado un salto en la precisión y certeza del diagnóstico de esta enfermedad. (16)

Los tratamientos deben ser capaces de modificar significativamente su historia natural. El 75% de los casos se resuelve de forma espontánea en 4 semanas. La revisión bibliográfica pone de manifiesto que hasta el momento no ha habido ningún tratamiento, solo o en combinación, capaz de acortar significativamente la duración de un episodio de dolor lumbar, pero puede facilitar al paciente el alivio necesario y la orientación imprescindible para una reincorporación más fácil a su vida habitual.

Más de una docena de estudios controlados a cerca de la eficacia de diferentes fármacos han sido publicados. El uso de fármacos tales como los analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, relajantes musculares, antidepresivos, anestésicos locales entre otras medidas, está entre estos si haber demostrado consistentemente su eficacia y si con la existencia de efectos adversos. Para muchos investigadores resulta de más racionalidad la aplicación de baños calientes, apoyo psicológico y administración de analgésicos simples potentes s como el acetaminofén. La aplicación de infiltraciones locales ha sido ensayada con buenos resultados. Pueden realizarse infiltraciones de partes blandas, epidurales: Técnicas de estimulación eléctrica, manipulaciones y

psicológicas. La inmovilización del segmento afectado mediante faja lumbosacra o corset, así como vendaje elástico, está dentro de las medidas aconsejadas. La fisioterapia y rehabilitación se encuentra dentro del arsenal terapéutico probablemente eficaz para el manejo de este tipo de pacientes luego de una profunda evaluación por un equipo multidisciplinario que incluye reumatólogo, fisiatra y al cirujano ortopédico y traumatólogo. (17)

La prevención del dolor lumbar es uno de los pilares fundamentales de su tratamiento con el fin de disminuir sus graves repercusiones socioeconómicas. Dentro de los programas de prevención del dolor lumbar el más extensamente utilizado es, con todas sus variantes, la Escuela de Columna iniciada en Suecia en 1969 y consistente en clases propias de prevención de la patología raquídea. (18)

Algunos autores describen el manejo del dolor bajo de espalda con programas de manejo con régimen ambulatorio incluyendo sesiones educativas sobre aspectos médicos, psicológicos y ocupacionales relacionados con el dolor y sesiones terapéuticas médicas para el control del dolor, técnicas psicológicas, terapia física y terapia ocupacional y en la empresa. Los mejores resultados se obtienen cuando el paciente minimiza la percepción de invalidez. Se describe con este método resultados de un 69% de reincorporación al trabajo. (19)

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La lumbalgia es un problema de salud pública por su alta prevalencia en la población y principal causa de incapacidad en personas trabajadoras en la edad adulta. Además, tiende a ser persistente o recurrente, con riesgo de cronificación ocasionando repercusiones individuales, familiares, sanitarias, laborales, económicas y sociales.

El dolor lumbar es motivo frecuente de consulta en nuestra Unidad de Medicina Familiar No. 68 de Santander Jiménez, del Instituto Mexicano del Seguro Social y hasta el momento desconocemos su prevalencia y factores asociados a su aparición y cronificación en nuestra población adscrita.

Por lo anterior, surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es la frecuencia de lumbalgia y los factores de riesgo asociados en los pacientes adscritos a la Unidad de medicina Familiar No. 68 de Santander Jiménez, Tamaulipas.

## 5. JUSTIFICACION

La lumbalgia es una afección frecuente y causa de consulta en nuestra Unidad de Medicina Familiar. Según la literatura revisada, destacan que su importancia y presencia repercuten en los diferentes ámbitos sociales y económicos.

Actualmente se considera que cada año cerca del 50% de las personas laboralmente activas sufren un episodio de esta enfermedad, y que en algún momento de su vida el 80% de la población en general padecerá al menos un cuadro agudo de la misma.

En Europa, particularmente en el Reino Unido el dolor lumbar ocupa el tercer lugar después de las Neumopatías crónicas y agudas y la cardiopatía aterosclerótica además fue la causa de más ausentismo laboral. En México, la lumbalgia se encuentra dentro de los primeros diez diagnósticos establecidos en la consulta externa de medicina general. (5,6)

En general este grupo de pacientes portadores de dolor bajo de espalda, es preocupante por las consecuencias económicas que tienen sobre los sistemas de salud, así como su repercusión sobre la calidad de vida que genera en las personas que lo padecen.

De esta manera el interés por el dolor lumbar también proviene de considerar que el diagnóstico y tratamiento de este, se inicia a menudo en los servicios de atención primaria, y el conocimiento por parte del médico familiar de los posibles factores de riesgo pueden permitir tomar decisiones oportunas y efectivas que se requieren para tratar este problema.

Por esta razón, la importancia de realizar esta investigación, se basa en la determinación de la frecuencia y factores asociados a esta patología, lo que nos permitirá su identificación e intervención oportuna, previniendo la cronicidad e incapacidad de este.

Finalmente, nos permitirá incrementar acciones emprendidas e implementar estrategias preventivas a los grupos más vulnerables de padecerlos, para reducir a presencia de este trastorno.

## **6. OBJETIVOS**

### **1. OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la frecuencia y factores de riesgo para la lumbalgia en pacientes adscritos a la UMF no 68 de Santander Jiménez, Tamaulipas del Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2005.

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1.- ¿Cuantificar los pacientes con lumbalgia por grupo etario?
- 2.- ¿Enumerar los pacientes con lumbalgia según se género?
- 3.- ¿Cuantificar los pacientes con lumbalgia según índice de masa corporal?
- 4.- ¿Enumerar los pacientes con lumbalgia según talla?
- 5.- ¿Cuantificar los pacientes con lumbalgia según situación laboral?
- 6.- ¿Enumerar los pacientes con lumbalgia según mecanismo desencadenante?

7.- ¿Identificar los pacientes con lumbalgia que se asocien a Ansiedad/o depresión, tabaquismo u otras enfermedades?

8.- ¿Cuantificar los pacientes con lumbalgia según tiempo de evolución?

## **7. HIPOTESIS**

No se realizó hipótesis por ser un estudio observacional y descriptivo

## 8. MATERIAL Y METODOS

1. **Lugar donde se realizara el estudio:** el estudio se realizara en la Unidad de Medicina Familiar No. 68 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Santander Jiménez, Tamaulipas; clasificado como unidad de primer nivel de atención.

2. **Diseño de la Investigación:**

a) Por el control de la maniobra experimental por el investigador:

**Observacional**

b) Por la captación de la información: **Retrospectivo**

c) Por la medición del fenómeno en el tiempo: **Transversal**

d) Por la presencia de un grupo control: **Descriptivo**

e) Por la dirección del análisis: **De causa a efecto**

### **3. Diseño de la muestra:**

3.1 Población de estudio: 67 Pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 68 S, Jiménez, Tamaulipas, con edades entre 19 y 59 años, de uno y otro sexo que presentan dolor lumbar.

3.2 Tamaño de la muestra: 43 pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No.68 que reúnan criterios de inclusión

### **4. Criterios de selección:**

- a) Criterios de inclusión: aquellas personas que presentaran dolor lumbar entre 19 y 59 años de edad, de ambos sexos.
- b) Criterios de exclusión: personas fuera de rango de edad
- c) Criterios de eliminación: expedientes incompletos

## 8.1 DEFINICION DE LAS VARIABLES

### Variable dependiente:

#### 1. Lumbalgia

- **Definición conceptual.-** La lumbalgia es un dolor localizado en la espalda entre el último arco costal y la región glútea. Puede o no estar irradiado a los miembros inferiores, región inguinal o abdomen.
- **Definición operativa.-** Registro en expediente clínico de dolor lumbar
- **Tipo de variable.-** cualitativa
- **Escala de medición.-** Nominal

### Variables independientes:

#### 1. Edad

- **Definición conceptual.-** Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la edad actual.
- **Definición operativa.-** La registrada en el número de afiliación del expediente en años cumplidos.
- **Tipo de variable.-** cuantitativa
- **Escala de medición.-** ordinal

## 2. Sexo

- **Definición conceptual.**-Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, ya sea masculino o femenino.
- **Definición operativa.**- El anotado en la afiliación del expediente
- **Tipo de variable.**- cualitativa
- **Escala de medición.**- nominal

## 3. Peso

- **Definición conceptual.**- medida en kilogramos de la masa corporal de cada paciente
- **Definición operativa.**- tomado de la nota medica de ese momento
- **Tipo de variable.**- cuantitativa
- **Escala de medición.**- nominal

## 4.Índice de masa corporal

- **Definición conceptual.**- es un indicador del peso de una persona en relación a su estatura y de determina dividiendo el peso (kg) entre la estatura en metros al cuadrado.
- **Definición operativa.**- De acuerdo al índice de masa corporal, reportado en el expediente.
- **Tipo de variable.**- cualitativa
- **Escala de medición.**- ordinal

## 5. Estatura

- **Definición conceptual.**- medida en centímetros de los pacientes en posición de pie
- **Definición operativa.**- tomada de la ultima nota del expediente
- **Tipo de variable.**-Cuantitativa
- **Escala de medición.**-nominal

## 6. Ocupación

- **Definición conceptual.**- empleo, oficio o actividad que realiza habitualmente
- **Definición operativa.**- registro de actividad que desempeña la persona en el expediente
- **Tipo de variable.**- cualitativa
- **Escala de medición.**- nominal
- **Categoría.**-ayudante general compañía ganadera, obrero, ama de casa, estudiante, pensionado, jornalero, enfermera

## 7. Antecedentes

- **Definición conceptual.**-Antecedentes de trastornos ansioso depresivos, tabaquismo y otras enfermedades
- **Definición operacional.**- registro en la historia clínica de diagnósticos de ansiedad, depresión, tabaquismo y otras enfermedades
- **Tipo de variable.**- cualitativa

- **Escala de medición.**-nominal

## 8. Evolución clínica

- **Definición conceptual.**- Dolor lumbar
- **Definición operacional.**- registro en nota médica el día que inicio con síntomas.
- **Tipo de variable.**- cuantitativa
- **Escala de medición.**- nominal
- **Categoría:** Lumbalgia aguda menos de cuatro semanas y lumbalgia crónica mayora tres meses

## 9. Mecanismo desencadenante

- **Definición conceptual.**- causa directa o indirecta que desencadena la aparición del dolor
- **Definición operacional.**- registro en la nota médica de sobreesfuerzo, evento traumático o espontáneo.
- **Tipo de variable.**-Cualitativa
- **Escala de medición.**- nominal

## **NARRACIÓN DE CAMBIOS E INCIDENTES**

Existieron algunas limitantes que obstaculizaron o no permitieron una óptima obtención de la información.

- Expedientes con registros incompleto en la nota medica

## **8.2 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO**

Se realizo una revisión de expedientes médicos clínicos de pacientes adscritos a la UMF No 68 de Santander Jiménez, Tamaulipas con diagnóstico de lumbalgia en el período comprendido del 1ro de enero al 31 de diciembre del 2005, la recolección de datos se realizo en hoja exel con las variables de estudio, para el análisis de los resultados y reporte final.

### 8.3 ANALISIS ESTADISTICO

Se realizo un análisis con estadística descriptiva de las variables cualitativas calculando proporciones y porcentajes. En cambio, de las variables cuantitativas, se analizo su, media, mediana, moda, desviación estándar, graficas y tablas. En las pruebas estadísticas se estimo un intervalo de confianza de 95%  $p = 1.96$  ya que se contaba con estudios previos en otros lugares según literatura y se considero significancia estadística cuando  $p < 0.05$ .

#### **8.4 FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS**

Este estudio es factible por que en esta Unidad de Medicina Familiar tenemos el registro de los diagnósticos de lumbalgias de forma anual así como el material humano disponible.

En relación a los aspectos éticos, sabemos de la responsabilidad de todo proyecto de investigación debemos considerar la confidencialidad de la información generada, de acuerdo al Reglamento de la ley general de Salud en materia de investigación. En este estudio solamente se revisaran los registros de expedientes médicos clínicos, sin involucrar métodos invasivos, ni violará la privacidad o confidencialidad de los pacientes.

## **8.5 RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS**

Se utilizaran los recursos de la Unidad de Medicina Familiar que están en disposición del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## 9. RESULTADOS

Se revisaron 67 expedientes médicos clínicos, de pacientes que consultaron por lumbalgia de estos fueron excluidos 24 por no reunir criterios de inclusión, quedando un total de  $n= 43$ .

La edad media fue 40.9 años con una desviación estándar de 10.35, y un rango de 40 años. Con una mediana 40 años.

El 60.4% ( $n=26$ ) correspondieron al sexo femenino y el 39.5% ( $n=17$ ) al sexo masculino. Tabla 1

Por el peso el promedio fue 75.4 kg con un rango de 46 a 101 kg y una desviación estándar de 12.76. Según su IMC: bajo peso 2.32% ( $n=1$ ), peso normal 18.60% ( $n=8$ ), obesidad grado I 48.8% ( $n=21$ ), obesidad grado II 18.60% ( $n=8$ ), obesidad grado III 9.30% ( $n=4$ ), obesidad grado IV 2.32% ( $n=1$ ). con una media de 29 y mediana de 20 con una desviación estándar de 5.15.

La talla se obtuvo fue un promedio de 1.62mt, y una desviación estándar de 0.07

El mecanismo que desencadenó el dolor lumbar se encontraron el 51.1% (n=22) realizó un esfuerzo, el 6.9% (n=3) tuvo un evento traumático y el 41.8% (n=18) no tuvo causa aparente. Tabla 2.

Por ocupación el 34.89% (n=15) fueron amas de casa, 30.24% (n=13) ayudante de compañía ganadera, 18.61% (n=8) obrero, 6.97% (n=3) jornalero, 4.65% (n=2) estudiante, y 2.32% (n=1) enfermera y pensionado (n=1). Tabla 3

En relación a antecedentes ansiedad y/o depresión 16.2% (n= 7), otras enfermedades 30.2% (n=13), tabaquismo 11.6% (n=5). Tab 4

Se encontró que el 67.45% (n=29) correspondía a dolor lumbar de menos de tres semanas de evolución y el 32.55% (n=14) a una evolución de más de tres meses. Tabla 5.

## 10. DISCUSION

La lumbalgia es un problema de salud que afecta a la población en general, predominando en la edad laboral, como se muestra en el presente estudio realizado en la población rural de Santander Jiménez, Tamaulipas.

En esta investigación se ha realizado un análisis epidemiológico sobre los pacientes que sufren dolor lumbar. Aunque la frecuencia de la lumbalgia es igual en ambos sexos según la literatura, en nuestra población de estudio estuvo conformada en su mayoría por mujeres, de las cuales el mayor número desempeña labores del hogar, pese a que no se exponen a factores ocupacionales de esfuerzo tanto como los hombres. Cabe mencionar que en esta población de tipo rural las mujeres realizan actividades tales como cargar recipientes, cubetas o peroles en los que transportan agua, así como ayudan a sus esposos en tareas como limpieza de sus predios o parcelas usando herramientas como palas, picos y machetes. Además un pequeño porcentaje de mujeres son obreras en la única maquiladora de la localidad.

Con respecto a la edad su frecuencia se manifestó entre la 3ra y 4ta década de la de la vida. Esto puede estar relacionado con el inicio de edad laboral en estas comunidades del medio rural.

En esta investigación la causa mas frecuente del dolor lumbar fue postesfuerzo, similar a lo reportado según NIOSH <sup>(9)</sup> donde la postura, fuerza y movimientos son generadores de este.

En este trabajo los factores psicosociales en relación a antecedentes de cuadros de ansiedad o depresión como causas que favorecen a la aparición de lumbalgia también se hicieron presentes en un pequeño porcentaje, a lo que consideramos que las causas desencadenantes pudieran ser la inconformidad con el tipo de ocupación debido a pocas opciones de trabajo en esta población, alteraciones del núcleo familiar, por encontrarse casos en que los padres de familia se encuentran trabajando en el extranjero, entre otros generando condiciones propicias para desarrollo de alteraciones emocionales. Por lo anterior consideramos que para revisar este enfoque psicosocial sería necesario realizar otro trabajo en el cual se profundice en el núcleo familiar detectando disfunciones familiares en los diferentes ejes, además de estudiar el aspecto de la economía y el desarrollo sustentable de esta población.

En relación al tiempo de evolución predominaron lumbalgias agudas de menos de tres semanas secundarias a esfuerzo dadas por vicios posturales, movimientos generadores del dolor en los diferentes empleos. <sup>(9)</sup>

El tratamiento multidimensional es más eficaz que la ausencia de tratamiento o la modalidad única. El uso de tratamiento médico, rehabilitación física y apoyo psicológico forman parte del enfoque multidisciplinario de la

patología (alivio de dolor total). Los indicadores más sensibles de la satisfacción del tratamiento son la integración laboral, financiera, social familiar; la función y estado de bienestar físico y psicoafectivo, nos lleva a entender los hallazgos clínicos en relación a los asuntos de funcionalidad diaria y poder reconocer el grado de diestrés psicológico en cada paciente. (20)

## 11. CONCLUSIONES.

La lumbalgia se presenta en las diferentes edades, y en las diferentes ocupaciones, desde amas de casa hasta trabajos rudos en el campo teniendo como principales factores desencadenantes los biológicos, psicológicos y sociales, sin embargo llama la atención el predominio de la lumbalgia en el sexo femenino en la muestra de nuestro estudio ya que la lumbalgia se ha considerado una enfermedad ocupacional de esfuerzo, de predominio masculino. Dadas las características de la población en estudio las enfermedades endocrinas, inmunológicas, el tipo de actividad, y la existencia de factores psicológicos, alteraciones en el núcleo familiar, entre otros, pudieran explicar dicha prevalencia.

Para un diagnóstico correcto se hace necesaria una adecuada anamnesis, exploración física, estudios complementarios de gabinete, y una vez hecho el diagnóstico realizar un tratamiento multidisciplinario apoyándose con las diferentes especialidades si así se requiere.

Por lo anterior considero es necesario un programa preventivo, consistente en realización de actividad física deportiva, información alimentaria y nutricional, control de peso, análisis ergonómicos así como supervisión de los riesgos de lesión en los diferentes empleos y concienciar a la población sobre como prevenirlos dándolos a conocer de manera directa o mediante folletos otorgados en la consulta diaria, esperando con ello impactar en los resultados obtenidos en el presente estudio en un periodo determinado. Por tal motivo

nosotros los médicos familiares como personal de primer contacto, tenemos la gran responsabilidad de identificar en forma oportuna y registrar adecuadamente las diferentes variables de cada paciente, y así poder intervenir en la prevención de esta patología que es fundamental para su tratamiento, con el fin de disminuir sus repercusiones socioeconómicas.

## 12. BIBLIOGRAFIA

1. Londoño G. R, Dolor lumbar agudo. Rev. Colombiana de Traum. Y Ortop., Diciembre, 2001, 15 (3)
2. Cid J., Reig E., Del Pozo C., Cortés A., García Cruz J.J., Cervicalgias y lumbalgias mecanodegenerativas.Tratamiento conservador.Actualizacion. Rev. Soc Esp Dolor, 2001; 8:79-100
3. Enríquez Martín N, Coca Moreno J, Valderez Torrubia J, Abordaje de la lumbalgia en atención primaria recomendaciones. Diciembre, 2003
4. Miralles I, Prevención del dolor lumbar. Efectividad de la escuela de columna.rev. Soc. Esp.Dolor 2001, 8:14-21
5. Silva M H, Ángulos del plano sagital de la columna lumbosacra en una muestra de adolescentes de la ciudad de Temuco, Chile. Rev.Chil.Unat, diciembre, 2001,19, (3): 271-277
6. Salivar González AH, Cruz Torres DL, Serviere Zaragoza L, Vázquez Nava F, Joffe Velásquez UM, Lumbalgia en trabajadores, epidemiología, Rev.Med. IMSS, 2003 41(3):203-209

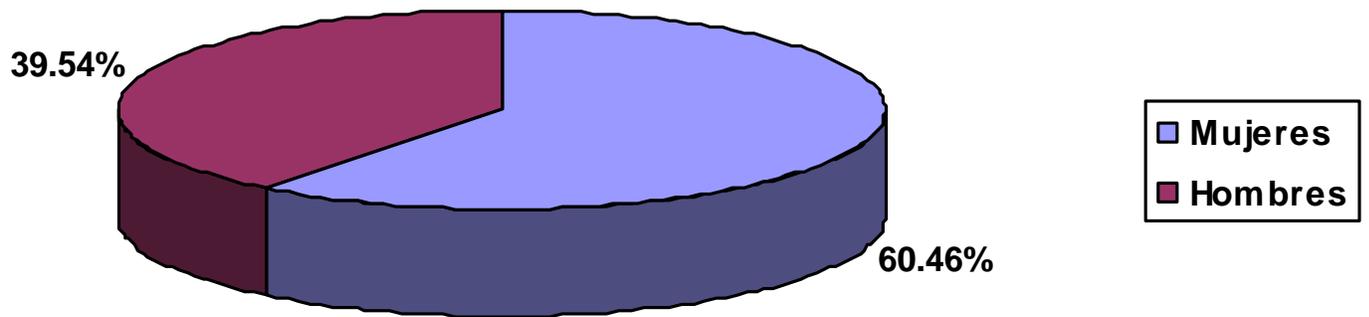
7. Pérez Guisado J, Lumbalgia y ejercicio físico, Rev.Int.Med.Cienc.Act.fis.deporte, 2006 (24): 1577-0354
8. Bassols A., Bosh F., Campillo M., Baños J. E: El dolor de espalda en la población catalana. Prevalencia. Características y conducta terapéutica. Gac.Sanit., 2003 17(2):97-107
9. Pérez Guisado J, Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica, Rev. Cubana Ortop y Traumatol, julio 2006, 20 (2): 0-0
10. Morata Ramírez MA, Ferrer Pérez VA, Interacción entre el estrés ocupacional, estrés psicológico y dolor lumbar: un estudio en profesionales sanitarios de traumatología y cuidados intensivos, MAPFRE Medicina 2004, 15(3):49-61
11. Seijas Ruiz-Coello MC, Barquinero Canales C, Lumbalgia, Rev. Jano, Medicina y Humanidades, Urgencias en atención Primaria, 2004 enero, 66 (1502):29-30
12. Speed C, Lumbalgia, BMJ, mayo del 2004,328 (7448): 1119-1121
13. Ariza Ariza R, Protocolos clínicos: enfermedades del sistema Inmune, Medicine, Abril 2005, 9 (29):1934-1936

14. Muntion Alfaro MT, Benítez-Camps M, Bordas-Julve JM, De Gispert-Uriach B, Zamora-Sanchez V, Galindo-Parres C, Barcelona España, Lumbalgia ¿Seguimos las recomendaciones de las guías?, Atención primaria, Marzo de 2006, 37 (37): 215-220
15. Chapín Michelena D, Lumbalgia, Rev. Soc. Perú. Med. Interna 2004, Julio – Diciembre 17(2)
16. Rivero Torres 1, Alvarez Fiallo 2 R, Hernia discal lumbar, algunos aspectos del diagnóstico, Rev. Cub. Med. Militar 2004 abril- Junio, 33(22)
17. reyes Llerena G, Porros Novo J, Hernández Martínez A, Dolor Lumbar bajo: enfoque clínico y terapéutico de la rehabilitación precoz, Rev Cub de Reuma 3(1):65-72
18. Miralles I, Prevención del dolor lumbar. Efectividad de la escuela de Columna Rev Soc esp Dolor 2001,8:14-21
19. Rull M, Abordaje Multidisciplinar del dolor de espalda, Rev. Soc Esp del dolor 2004, 11(3):19-121
20. Zaragoza Lemus G, Guevara U, evaluación de la eficacia del tratamiento de la lumbalgia, Rev. Mex de Anest 2001, 1(1):25-28

### 13. ANEXOS

Tabla 1.

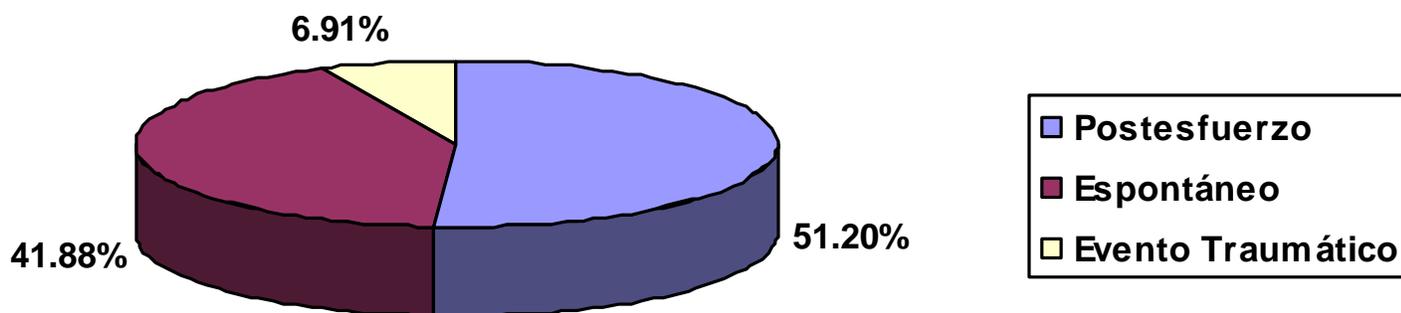
Sexo	No.
Mujeres	26
Hombres	17



Fuente: Expedientes clínicos

**Tabla 2.**

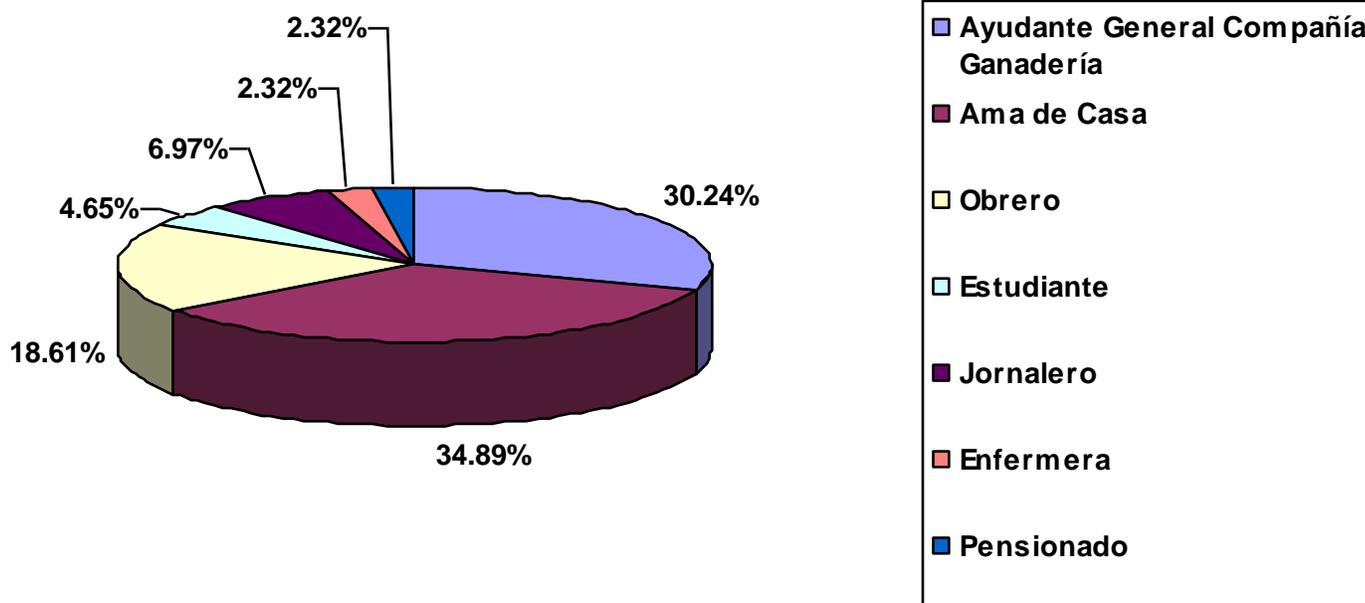
<b>Mecanismo que desencadena el dolor</b>	<b>No.</b>
Postesfuerzo	22
Espontáneo	18
Evento Traumático	3



**Fuente:** expedientes clínicos

**Tabla 3.**

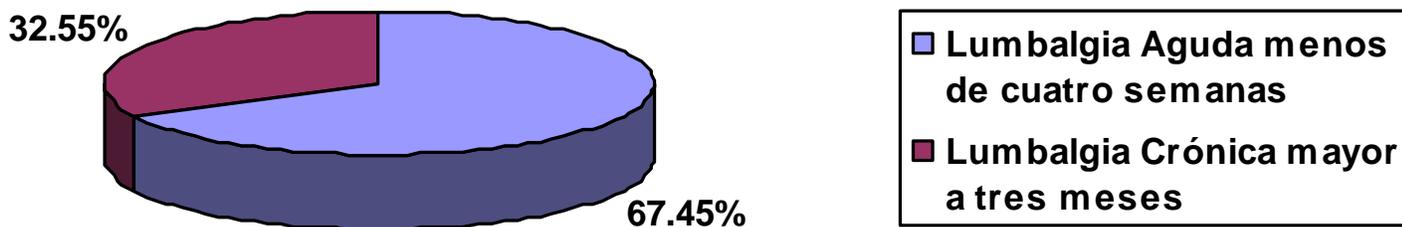
Ocupación	No.
Ayudante General Compañía Ganadería	13
Ama de Casa	15
Obrero	8
Estudiante	2
Jornalero	3
Enfermera	1
Pensionado	1



**Fuente:** expedientes clínicos

**Tabla 5.**

<b>Tiempo de Evolución</b>	<b>No.</b>
Lumbalgia Aguda menos de cuatro semanas	29
Lumbalgia Crónica mayor a tres meses	14



**Fuente:** expedientes clínicos

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN  
PROTOCOLO DE INVESTIGACION**

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación  
titulado: \_\_\_\_\_

El objetivo del estudio es: \_\_\_\_\_

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

\_\_\_\_\_

Por lo que declaro que se me ha informado lo siguiente:

El investigador responsable me ha otorgado información sobre el objetivo del estudio,  
que mi participación consistirá en la revisión de mi expediente clínico con fines solamente  
estadísticos, que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven  
del estudio que los datos que se deriven de este se manejaran en forma confidencial.

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_

Nombre, matrícula y firma del investigador responsable

\_\_\_\_\_

Nombre y firma de testigo

\_\_\_\_\_

Nombre y firma de testigo

