

11226  
2e1  
12

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



ANALISIS EPIDEMIOLOGICO DEL DOLOR BAJO  
DE ESPALDA

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR

GENERACION 78 - 80

PRESENTA:

Dra. Natalia García Abreu

SALTILLO, COAH., MEXICO 1979

TESIS CON  
FALLA DE CRISIS



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.

<u>CAPITULO</u>	<u>PAGINA</u>
I. - INTRODUCCION .....	1
II. - HISTORIA.....	3
III. - CONSIDERACIONES MORFOLOGICAS Y BIOMECANICAS.....	4
IV. - HIPOTESIS GENERAL DEL TRABAJO.....	6
V. - MATERIAL Y METODO.....	7
VI. - OBJETIVOS.....	8
VII. - CAUSAS DEL DOLOR BAJO DE ESPALDA.....	9
VIII. - CUADROS Y GRAFICAS.....	10
IX. - RESULTADOS.....	26
X. - DISCUSION .....	29
XI. - RESUMEN.....	30
XII. - CITAS BIBLIOGRAFICAS.....	31

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL DOLOR BAJODE ESPALDAI N T R O D U C C I O N

En este trabajo nos ocuparemos del dolor bajo de espalda haciendo un análisis parcial de este tipo de padecimiento, ya que se analizaron expedientes clínicos exclusivamente.

Al modificarse la actitud fetal, el complejo discosomático inicia su participación biomecánica normal, a la que se agregan etiologías tales como la traumática, la infecciosa, el desgaste propio de la edad, la ocupación laboral pesada, la obesidad; así como factores displásicos, de desbalance muscular adquirido, degenerativos, tumorales y de órganos periféricos; todos ellos deben tomarse en cuenta en el complejo estudio de las lumbociatalgias.

Su mayor incidencia es entre la segunda y la tercera décadas de la vida; después de los 40 años desciende hasta cifras mínimas en la séptima y octava décadas. La frecuencia por sexos es paralela.

Por orden de frecuencia, el factor traumático ocupa el primer lugar ( 39.5% ). Con mayor incidencia en la tercera década, igual en ambos sexos; aunque, la relación globalmente es de 3:1 en favor del masculino.

En segundo lugar está la enfermedad discal, cuya menor incidencia ocurre primero en la quinta década y, después de la tercera década de la vida. Por sexos, la relación es de 2:1 en favor del masculino.

La espondilolistesis que en México tiene una incidencia del 4.47 % en la patología vertebral, en nuestros estudios se presenta el 12.7 %; y la mayor frecuencia de la espondilolistesis sintomática se encuen-

tra en la tercera década en el hombre y en la quinta década en la mujer.

La escoliosis en conjunto representan en el sexo masculino el 53% de los casos y, en el femenino el 46.7 %.

Los factores congénitos se manifiestan clínicamente en ambos sexos desde la tercera década.

Topográficamente la columna lumbar abarca el 60.3% de la patología vertebral con : listesis, enfermedad discal, escoliosis y tuberculosis, siendo esta parte anatómica la que ocupa el primer lugar de afectación por las diferentes etiologías; la columna sacrocóccigea ocupa el tercer lugar, donde los factores traumáticos son los preponderantes.

H I S T O R I A

En la tumba de Ramsés II, 1-200 años antes de Cristo, -  
existen representaciones pictográficas alusivas al tema que nos ocupa en este  
trabajo. En 1555 Vesalius reconoció el disco intervertebral como unidad ana -  
tómica y en 1850 Virchow y Von Lushka describieron su patología, señalando -  
la fractura y la protrusión discal. Más recientemente Mixter y Barr en 1934, -  
se refirieron a la protrusión discal como etiología de dolor lumbar. Y De -  
Palma es quien en los últimos años junto con Rothman han atendido más pro -  
fundamente y con la ayuda de toda la carga tecnológica actual este padeci -  
miento.

CONSIDERACIONES MORFOLOGICAS Y BIOMECANICAS

La unidad funcional está constituida por las dos plataformas vertebrales adyacentes, el anulus fibroso a manera de cápsula articular y, centralmente, el gel discal. Este último sufre desplazamientos tridimensionales con los movimientos de la columna; asimismo, absorbe y transmite los esfuerzos tensionales a que es sometido. La fuerza de compresión vertical tiene dos componentes, uno de dirección radial y otro, tangencial. El anillo fibroso es el principal estabilizador de la columna y su degeneración implica la hernia nuclear.

Es conocido el hecho anatómico de que el ligamento común dorsal, a medida que desciende a nivel de los espacios lumbares 4o. y 5o. sufre un estrechamiento. El disco intervertebral ejerce presiones de igual magnitud en todas direcciones y en los sitios mencionados se encuentra una zona de menor resistencia que facilita la protrusión del disco intervertebral.

Cuando se levanta un objeto pesado, la repercusión a nivel lumbosacro se explica por el pequeño brazo de palanca que proporcionan los músculos extensores de la columna. El peso se levanta a través de un gran brazo de palanca 8 a 10 veces mayor que el proporcionado por los extensores de la columna; de tal manera que la repercusión del peso sobre la articulación lumbosacra se multiplica en proporción de 10 a 1. Si se levantan 91 kilos la repercusión a nivel de la articulación es de 939 Kg. Experimentalmente se ha demostrado que el disco intervertebral resiste presiones de 456 kilos. Sin embargo, esta repercusión no ocurre gracias a la acción de los músculos intercostales, los del hombro, el diafragma y los abdominales, los cuales convierten el tórax y el abdomen en dos cilindros semirígidos capaces

de soportar el peso; consecuentemente disminuye la acción del peso sobre la articulación. Asimismo, el disco intervertebral está sometido a diferentes presiones según la posición que adopte el individuo : sentado se ejerce una presión de 10-15 Kg. -  $\text{cm}^2$ , en la bipedestación esta presión disminuye un 30 % y, en decúbito, cerca del 50 %.

El ángulo lumbosacro normalmente mide  $30^{\circ}$  ; cuando este se incrementa a  $45^{\circ}$  o más, se produce una repercusión mecánica muy importante, ya que en esta forma aumenta la fuerza de cizallamiento, con disminución de la fuerza de compresión sobre la articulación lumbosacra. Existen situaciones, como en los pacientes obesos, en los cuales aumenta la lordosis lumbar; esto generalmente ocurre en mujeres de edad avanzada, postmenopáusicas, con relajamiento y ptosis de la pared abdominal; en ellas, al desplazarse la columna lumbar hacia adelante del centro de gravedad y efectuar la recuperación de una flexión total, se requiere de una mayor contracción de los músculos espinales , esto último puede causar impacto de las facetas articulares y producir sinovitis aguda, artrosis facetaria, y degeneración del disco intervertebral y, esto, ser causa de dolor bajo de espalda y ciatalgia.



### HIPOTESIS GENERAL DEL TRABAJO

Dentro de la problemática clínica que tiene que resolver el Médico Familiar en la consulta diaria, se encuentran los desórdenes del sistema músculo-esquelético, de los cuales destaca importantemente el dolor bajo de espalda. Siendo este un síndrome de alta incidencia, en la mayoría de los casos no es valorado el paciente adecuadamente y por consecuencia se instituyen tratamientos que no son los indicados.

El estudio del paciente con dolor bajo de espalda es sencillo teniendo en cuenta las causas más frecuentes que lo condicionan y valorando en forma completa los estudios radiológicos para un correcto diagnóstico, tratamiento y control o su derivación a los servicios de especialidades que así se requieran. En algunos casos el médico familiar puede llevar a cabo su manejo dependiendo de la etiología, debiendo hacer un estudio integral del paciente para proporcionarle rehabilitación física, social o laboral en los casos necesarios.

El problema del paciente con lumbalgia tiene múltiples puntos de análisis que van desde los médicos hasta la influencia que tiene dicho síndrome en el ausentismo laboral y el hecho de que en un momento dado condicione una incapacidad permanente parcial o total, o sea, la repercusión social y comunitaria.

El presente estudio no pretende analizar el aspecto socioeconómico y su relación con la patogénesis de la enfermedad, sino exponer un problema al cual se enfrenta una institución que tiene amplia proyección social.

MATERIAL Y METODO

El estudio fue realizado mediante investigación clínica ( expedientes ). Con los medios que cuenta el archivo clínico de las Unidades del IMSS en Saltillo, Coahuila, se revisaron comparativamente 100 expedientes de pacientes con diagnóstico de dolor bajo de espalda en la clínica-hospital T 1, No. 1 y 100 expedientes con el mismo diagnóstico de la Clínica hospital T 1 No. 2, donde se encuentran ubicadas las especialidades de Traumatología y Ortopedia y la de Neurología en el periodo comprendido del 10. - de enero de 1979 al 30 de junio del mismo año.

Se tomaron como datos para el presente estudio los siguientes :

Edad

Sexo

Calidad Institucional

Clasificación laboral

Pacientes que presentaron lumbociática

Estudios radiológicos solicitados

Tratamientos instituidos

Canalización a servicios especializados.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia real del dolor bajo de espalda -  
en nuestra población asegurada y derechohabiente evidenciando la etiología -  
aparente, conocer las causas del dolor lumbar y el tratamiento básico; des -  
tacar el papel que juega el médico familiar para la resolución de este -  
problema.

CAUSAS DEL DOLOR BAJO DE ESPALDA.

Enumeramos estas causas por frecuencia referida en la literatura al respecto y podemos considerar las siguientes :

Traumática, siendo estas directas o indirectas; alteraciones estatodinámicas; padecimientos degenerativos, en donde fundamentalmente ocupa la patología discal degenerativa y la espondiloartrosis con toda su gama clínica; padecimientos inflamatorios, de la columna propiamente dicho, como pudiera ser el mal de Pott; y de etiología desconocida, ejemplificada por la sacroileitis, sin olvidar por último, los padecimientos neoplásicos.

CALIDAD INSTITUCIONAL  
Clinica Hospital T 1 No. 2

SEXO FEMENINO					SEXO MASCULINO		
19					81		
ASEGURADAS		DERECHOHABIENTES			ASEGURADOS		DERECHOHABIENTES
5		14			81		0
ORD.	EVENT.	2F	3F	4F	ORD.	EVENT.	
5	0	12	1	1	79	2	

Cuadro No. 1

TOTALES

ASEGURADOS		DERECHOHABIENTES	
86		14	
FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO
5	81	14	0

Cuadro No. 2

CALIDAD INSTITUCIONALClinica Hospital T 1 No. 1

SEXO FEMENINO						SEXO MASCULINO				
28						72				
ASEGURADAS		DERECHOHABIENTES				ASEGURADOS			DERECHOHABIENTES	
12		16				68			4	
ORD.	EVENT.	2F	3F	4F	VIUD.	ORD.	PENS.	EVENT.	4M	3M
12	0	11	2	1	2	67	1	0	3	1

Cuadro No. 3

TOTALES			
ASEGURADOS		DERECHOHABIENTES	
80		20	
FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO
12	68	16	4

Cuadro No. 4

CALIDAD INSTITUCIONALTOTALES AMBAS CLINICAS

SEXO FEMENINO 147 ( 23.5 % )	SEXO MASCULINO 153 (76.5 % )
---------------------------------	---------------------------------

Cuadro No. 5.

ASEGURADOS 166 ( 83 % )		DERECHOHABIENTES 34 ( 17 % )	
FEMENINO 17 ( 8.5 % )	MASCULINO 149 ( 74.5 % )	FEMENINO 30 ( 15 % )	MASCULINO 4 ( 2 % )

Cuadro No. 6

## GRUPOS ETARIOS Y SU FRECUENCIA

Clinica Hospital Número 2

<u>FEMENINO</u>		<u>MASCULINO</u>
	70 - 74	
	65 - 69	
	60 - 64	1
	55 - 59	4
	50 - 54	2
6	45 - 49	9
1	40 - 44	10
2	35 - 39	12
4	30 - 34	20
1	25 - 29	11
3	20 - 24	7
2	15 - 19	5
	10 - 14	
19	T O T A L	81

CUADRO NUM. 7



GRUPOS ETARIOS Y SU FRECUENCIACl. Hosp. T1 No. 1

FEMENINO		MASCULINO
1	70 - 74	1
2	65 - 69	3
1	60 - 64	2
1	55 - 59	3
1	50 - 54	2
	45 - 49	2
4	40 - 44	2
2	35 - 39	12
2	30 - 34	12
6	25 - 29	13
5	20 - 24	15
3	15 - 19	6
	10 - 14	
28	TOTAL	72

Cuadro No. 8

GRUPOS ETARIOS Y SU FRECUENCIAAMBAS CLINICAS

PORCENTAJES	FEMENINO		MASCULINO	PORCENTAJES
.5	1	70 - 74	1	.5
1	2	65 - 69	3	1.5
.5	1	60 - 64	3	1.5
.5	1	55 - 59	7	3.5
.5	1	50 - 54	4	2
3	6	45 - 49	11	5.5
2.5	5	40 - 44	12	6
2	4	35 - 39	24	12
3	6	30 - 34	32	16
3.5	7	25 - 29	24	12
4	8	20 - 24	22	11
2.5	5	15 - 19	11	5.5
		10 - 14		
23.5	47	T O T A L	153	76.5

Cuadro No. 9

## CLASIFICACION LABORAL

Cl. Hosp. T 1 No.2

	TOTAL	PACIENTES INCAPACITADOS	DIAS INCAPACIDAD
EG	58	39	521
AT	42	35	476

Cuadro No. 10.

Cl. Hospital No. 1

	TOTAL	PACIENTES INCAPACITADOS	DIAS INCAPACIDAD
EG	79	20	558
AT	21	19	178

Cuadro No. 11

CIFRAS TOTALES DE AMBAS CLINICAS

	TOTAL	PORCENTAJES	PACIENTES INCAPACITADOS	PORCENTAJES
EG	137	68.5	59	29.5
AT	63	31.5	54	27

Cuadro No. 12

	Cl. Hosp. T1 No. 2	Cl. Hosp. T1 No. 1
LUMBALGIA DE ESFUERZO	63	34
OTRAS PATOLOGIAS	37	66
LUMBOCIATICA	58	19

Cuadro No. 13

Totales ambas clínicas      Porcentajes

"LUMBALGIA DE ESFUERZO"	97	48.5
OTRAS PATOLOGIAS	103	51.5
LUMBOCIATICA	77	38.5

Cuadro No. 14

DIAGNOSTICOS RADIOLOGICOS

Cl. Hospital T-1 Cl. Hosp. T-1

	No. 2	No. 1	Totales	Porcentajes
ESCOLIOSIS	4	13	17	8.5
ESPONDILOARTRITIS	3	5	8	4
ESPONDILOARTROSIS	2	5	7	3.5
HIPERLORDOSIS LUMBAR	2		2	1
LISTESIS	2		2	1
MEGAPOFISIS	2		2	1
SACRALIZACION L <sub>5</sub>	2	2	4	2
FRACTURA L <sub>4</sub>	1		1	.5
MALFORMACION CONGENITA		1	1	.5
HERNIA DE DISCO	5	1	6	3.5

Cuadro No. 15

TRATAMIENTOS INSTITUIDOS

Clínica Hospital T-1 Clínica Hosp. T-1

	<u>No. 2</u>	<u>No. 1</u>	<u>Totales</u>	<u>Porcentajes</u>
ASA	17	7	24	12
PIRROLICOS	3	5	8	4
DEXTROPROPOXIFENO	1		1	.5
DIMETILPIRAZOLONA	7	6	13	6.5
BUTILHIOSCINA		1	1	.5
ALOPURINOL		3	3	1.5
METOCARBAMOL	65	50	115	57.5
BUTAZONAS	50	64	114	57
PREDNISONA	3	1	4	2
DIAZEPAM	2	3	5	2.5
CLORODIAZEPOXIDO		3	3	1.5
CARBAMAZEPINA	3		3	1.5
NORTRIPTILINA	1		1	.5
TIAMINA		4	4	2
COMPLEJO B	1	1	2	1
HIDROXICOBALAMINA	1		1	.5
CAMA DURA	15	14	29	14.5
DIATERMIA		2	2	1

Cuadro No. 16

CANALIZACION A SERVICIOS ESPECIALIZADOS

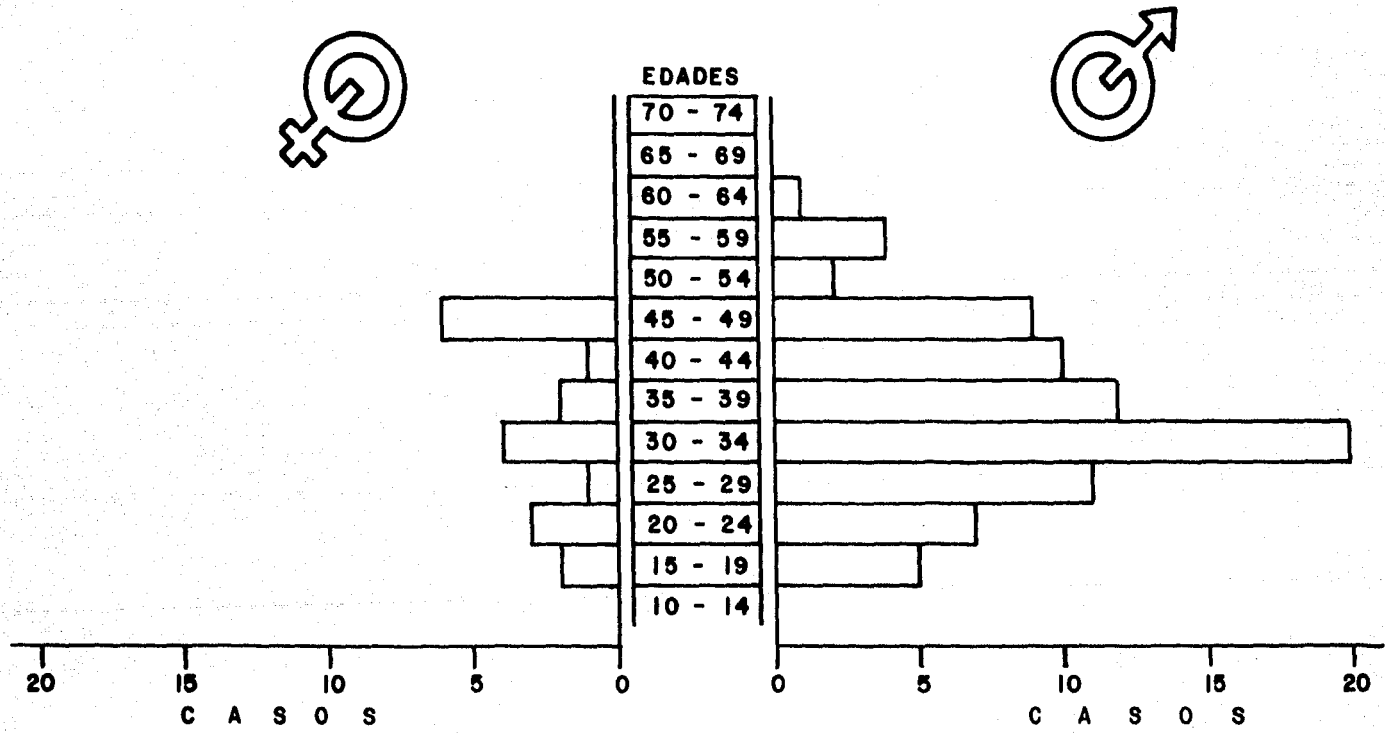
	Cl. Hosp. T1 No. 2	Cl. Hosp. T1 No. 1
MEDICINA FISICA	9	13
TRAUMATOLOGIA	57	8
NEUROLOGIA	12	3
NEUROCIRUGIA	6	2
MEDICINA DEL TRABAJO	5	3
TOTAL	89	29

Cuadro No. 17

	Total ambas clínicas	Porcentajes
MEDICINA FISICA	22	11
TRAUMATOLOGIA	65	32.5
NEUROLOGIA	15	7.5
NEUROCIRUGIA	8	4
MEDICINA DEL TRABAJO	8	4
TOTALES	118	59

Cuadro No. 18

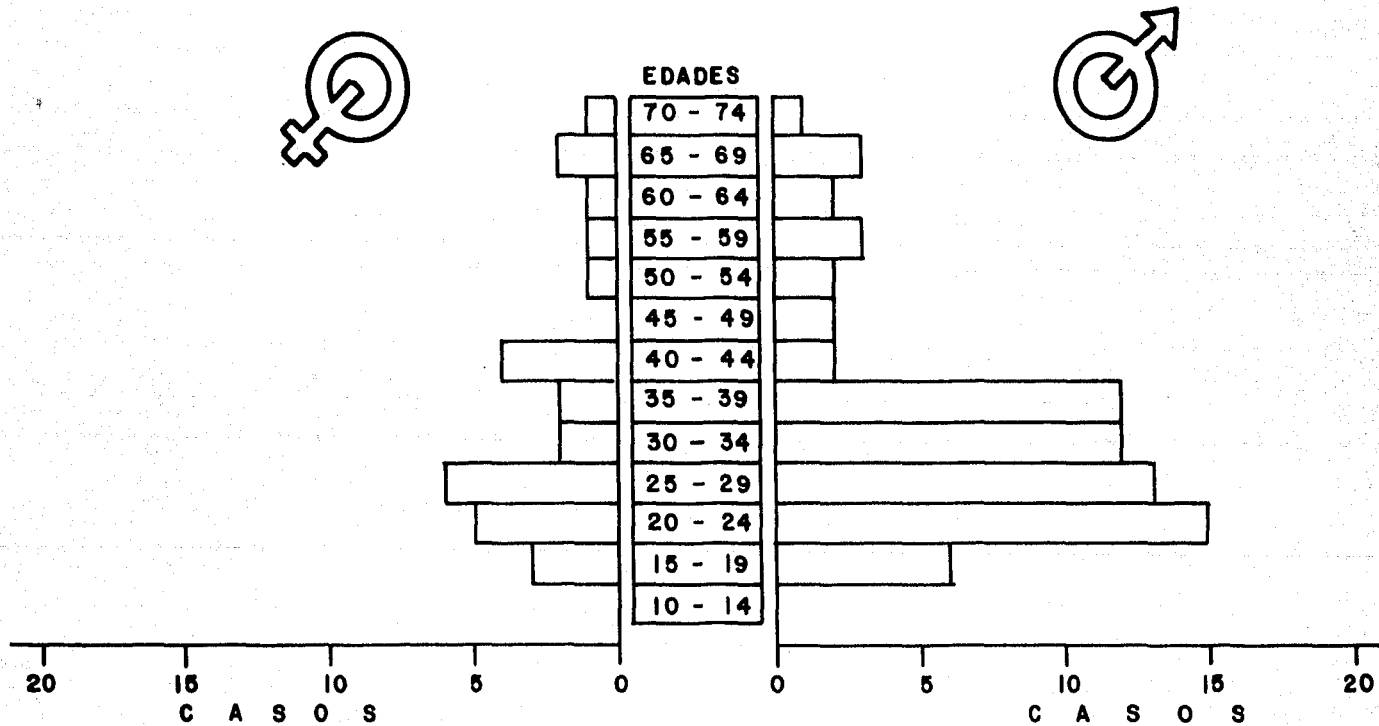
# GRUPOS ETARIOS Y FRECUENCIA



CL. HOSP. T-1 No. 2

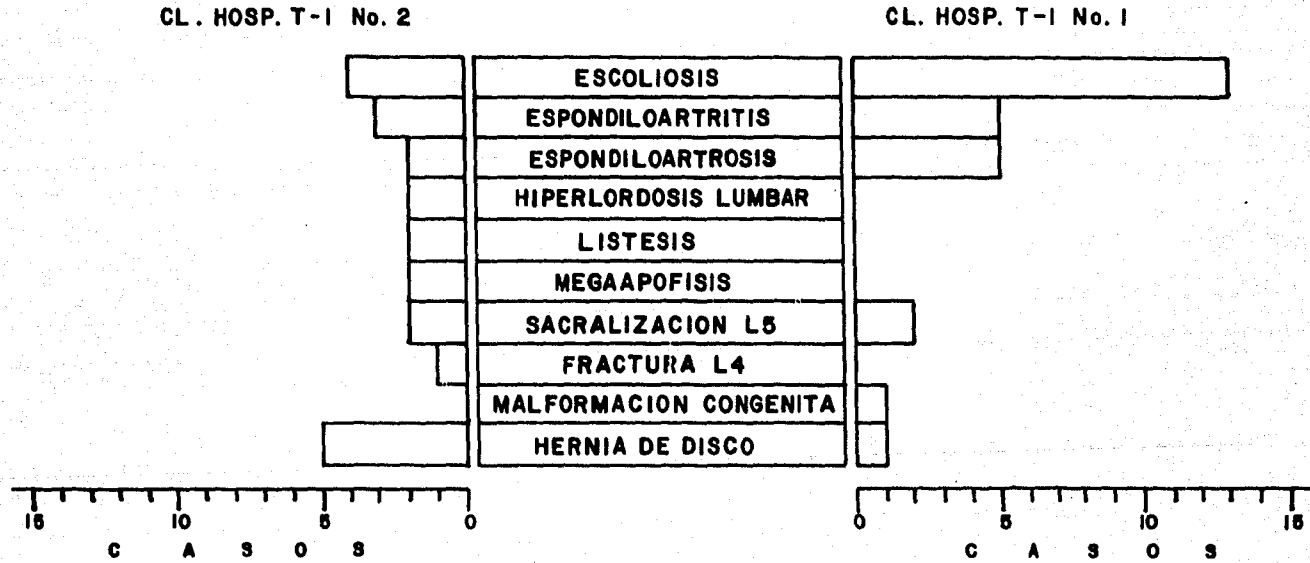


# GRUPOS ETARIOS Y FRECUENCIA



CL. HOSP. T-1 No. 1

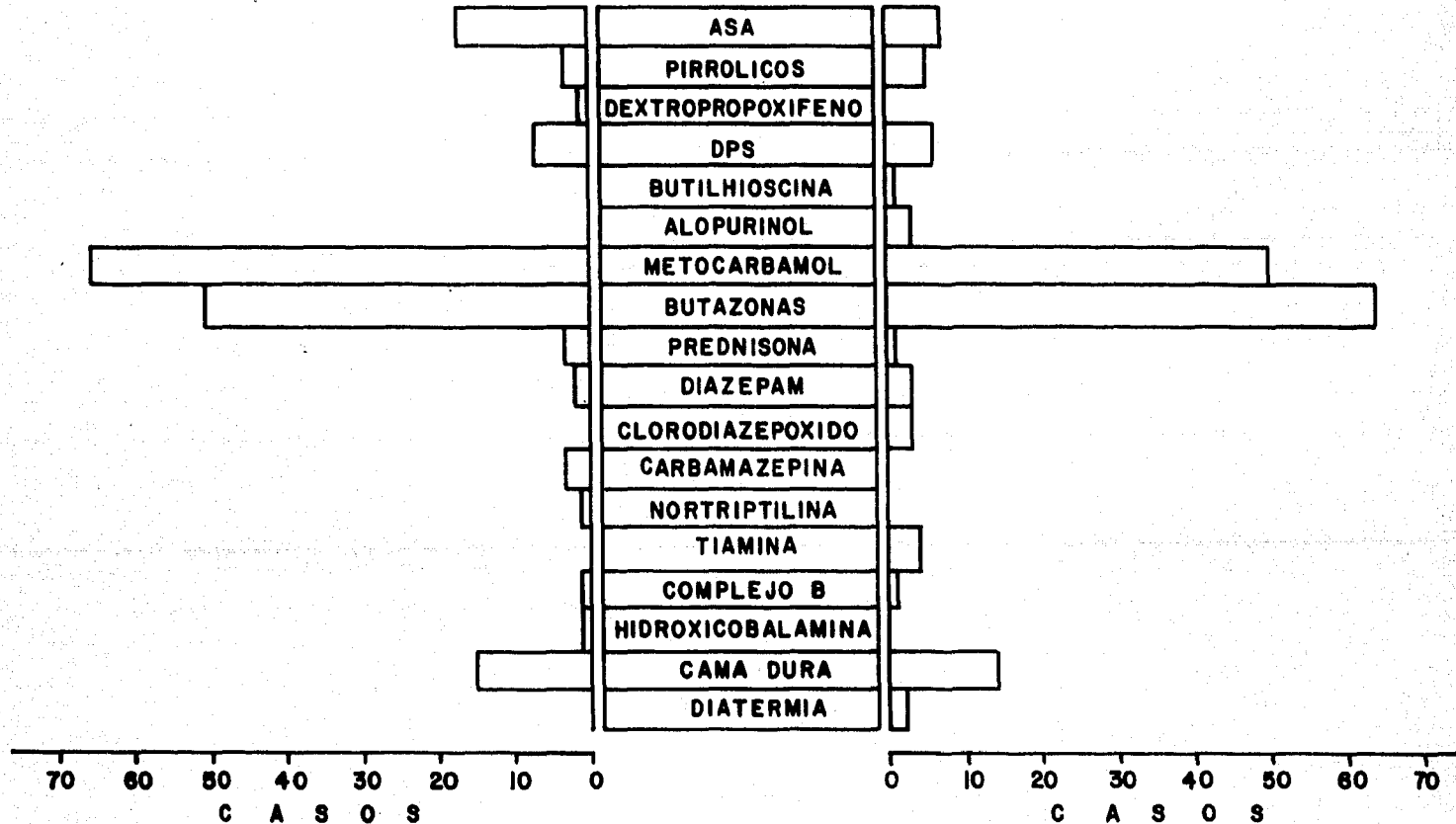
# DIAGNOSTICOS RADIOLOGICOS



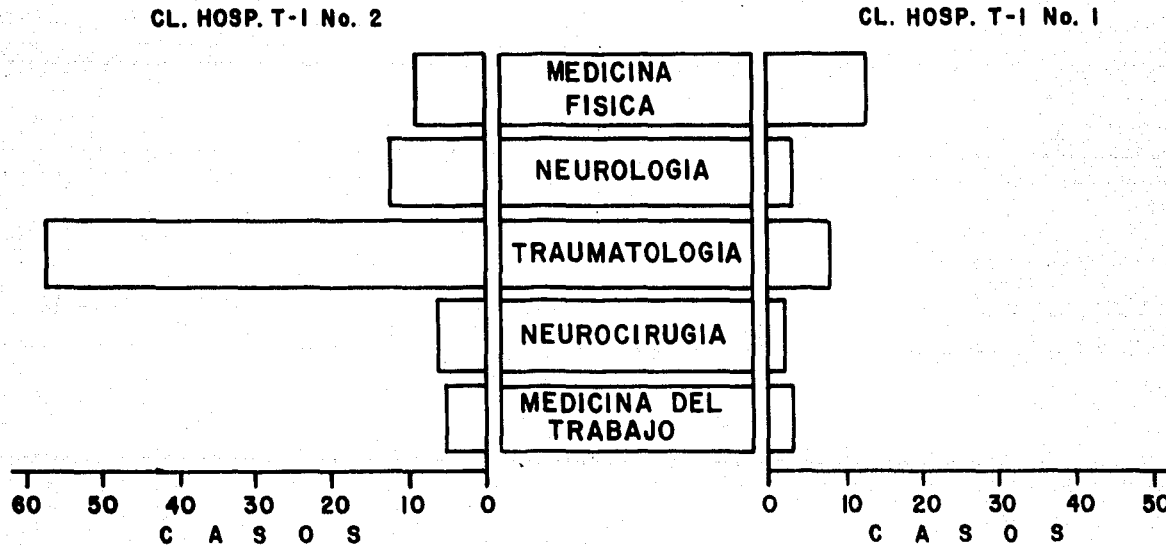
# TRATAMIENTOS PRESCRITOS

CL. HOSP. T-1 No. 2

CL. HOSP. T-1 No. 1



# CANALIZACION A SERVICIOS DE ESPECIALIZACION



## R E S U L T A D O S

En el presente estudio encontramos que de los 200 casos de Dolor Bajo de Espalda que nos ocupa (en lo subsecuente cuando hagamos referencia de El, lo anotaremos con las siglas respectivas D.B.E. ) el sexo femenino se ve menos afectado, debido probablemente a que la mayor parte de las mujeres que reciben atención del IMSS no se encuentran incorporadas a la vida económicamente activa de nuestro país, siendo un total de 47 que corresponden al 23.5 % de las que 17 son aseguradas ( 8.5 % ) y 30 son derechohabientes ( 15 % ). En cuanto al sexo masculino se encontraron 153 pacientes correspondiendo al 76.5 %, siendo 149 asegurados ( 74.5 % ) y 4 derechohabientes ( 2 % ).

Evidentemente el total de pacientes afectados son en su mayoría los asegurados 166 ( 83 % ) dado que son los más expuestos a esfuerzos físicos, traumatismos y accidentes dependiendo del tipo de labor desempeñada así como del medio de trabajo. Y de derechohabientes se presentaron 34 casos ( 17 % ), Cuadros 1, 2, 3, 4, 5. y 6.

En lo que respecta a la frecuencia por grupos etarios y sexo, en el femenino su mayor incidencia se observa de los 20 a 34 años de edad ( 2a. y 3a. décadas de la vida ) y para el sexo masculino corresponde entre los 25 y 39 años de edad ( 2a. y 3a. décadas de la vida ) Cuadros 7, 8 y 9. Gráficas 1 y 2.

En cuanto a la clasificación laboral recogimos los siguientes datos : D.B.E. por enfermedad general ocupan el primer lugar con 137 pacientes ( 68.5 % ) quedando incapacitados para ejercer sus labores 59 -

de ellos ( 29.5 % ) arrojando un total de días incapacidad de 1079. En cambio por accidente de trabajo se registraron 63 casos ( 31.5 % ) con 54 pacientes incapacitados ( 27 % ) y 654 días de incapacidad entre todos ellos. Cuadros 10, 11 y 12.

Los casos etiquetados como "Lumbalgia de Esfuerzo" son 97 (48.5%) y el D. B. E. por otras patologías son 103 ( 51.5% ) de todos ellos hubo 77 pacientes que presentaron datos de lumbociática representados por el 38.5 %. Cuadros 13 y 14.

Se solicitaron 67 estudios radiográficos (33.5 % ) de los que a no ser de estudios especializados, en proyección anteroposterior, lateral y oblicua sólo se les solicitó a 26 pacientes ( 13 % ); resultando 18 ( 9 % ) normales y 43 (21.5 % ) anormales; sin reporte y estudio no útil se encontraron 1 (.5%) de cada uno respectivamente los que no se volvieron a solicitar por haber cedido el cuadro clínico en los pacientes; en 4 casos ( 2 % ) se encontró restos de medio de contraste en canal raquídeo por mielografía anteriores; la escoliosis que fue uno de los datos de mayor incidencia está representado por un total de 17 ( 8.5 % ) casos, a continuación le siguen la espondiloartritis y la espondiloartrosis en 8 y 7 estudios ( 4 y 3.5 % ) respectivamente; posteriormente se presentan casos más raros en cuanto a su frecuencia como lo son la lordosis lumbar, retrolistesis, megapófisis con un total cada uno de 2 casos ( 1 % ), 4 sacralizaciones ( 2 % ) ; una fractura de L4 y un caso de malformación congénita ( .5 % ). Hubo necesidad de practicarse 9 mielografías ( 4.5 % ) en las que se encontraron 6 ( 3 % ); se realizaron 2 urografías excretoras con el fin de hacer diagnóstico diferencial con alguna patología renal que estuviese condicionado

el D. B. E. siendo normales las 2 ( 1 % ) Cuadro 15, Gráfica 3.

Resulta bastante notorio la similitud de los tratamientos instituidos en ambas clínicas en los que los primeros lugares los ocupa el metocarbamol utilizado en 115 casos ( 57.5 % ), enseguida las butazonas con 114 reportes ( 57 % ), le sigue en frecuencia una de las medidas generales-específicas para el tratamiento de este tipo de problemas como lo es el reposo en cama dura, recomendación hecha a 29 pacientes ( 14.5 % ) a continuación tenemos el ácido acetilsalicílico con un total de 24 ( 12 % ) pacientes a quienes se les controló con dicho anaglésico. El 5o. lugar lo ocupan analgésicos secundarios como la dimetilpirazolona usada en 13 pacientes ( 6.5% ; cabe señalar el uso de diazepam en 5 pacientes ( 2.5 % ) que además de tranquilizante actúa como relajante y es recomendado en algunos casos del D. B. E. ; se prescribió carbamazepina y nortriptilina en 3 ( 1.5% ) y 1 ( .5% ) pacientes respectivamente , estando hospitalizados en el servicio de Neurología. La diatermia, otra de las medidas generales se le indicó a nivel de medicina familiar a 2 pacientes ( 1 % ) para ser practicada a nivel domiciliario.

Destaca el uso totalmente incorrecto que se hizo de butilioscina en 1 caso ( .5% ), puesto que este medicamento actúa como antiespasmódico del músculo liso por lo que no tiene absolutamente ninguna indicación para este tipo de problemas, así también lo debemos señalar para el complejo B y la hidroxicoalamina en 2 ( 1 % ) y 1 ( .5% ) de los casos revisados respectivamente. Cuadro 16, Gráfica 4.

La derivación a servicios especializados se hicieron en un total de 118 ( 59 % ) pacientes, de la siguiente manera : a Traumatología 65 pacientes ( 7. 5% ) a Fisiatría 22 ( 11 % ) a Neurología 15 ( 7.5 % ) a -

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA  
(29)

Neurocirugía 8 ( 4 % ) y a Medicina del Trabajo 8 ( 4 % ). Cuadro 8.

Gráfica 5.



DISCUSION

Inicialmente queremos hacer notar que los resultados obtenidos en este análisis, no se disparan comparativamente con los obtenidos por otros autores como Duri, Grossy, Böni de la Universidad de Zurich, y De Palma de los Estados Unidos, salvo en renglones como los correspondientes a tratamiento en donde encontramos un "disparo" terapéutico en la utilización de butilhioscina y complejo B, en dos pacientes, y en la participación y concurso de asistencia fisidtrica, pues en nuestro análisis se encontró que el 11 % asistió a fisiatría y estos autores envían el 100 % de los casos a dicho servicio. Igualmente el reposo controlado todos los autores lo mencionan obligadamente al menos en la etapa inicial por un mínimo de tres semanas.

RESUMEN

Se hizo un estudio retrospectivo de 200 expedientes clínicos con diagnóstico de Dolor Bajo de Espalda de Enero a Junio de 1979, en las Unidades del IMSS en Saltillo, Coahuila., Cl. Hospital T 1 No. 1 y Clínica Hospital T 1 No. 2, donde se encontró que éste se presenta con una incidencia casi paralela en ambos sexos 73.5 % para el femenino y 76.5% para el masculino, este hecho coincide con la literatura revisada. Su mayor frecuencia se localiza en la segunda y tercera décadas de la vida, igual para ambos sexos independientemente de su etiología.

Respecto a la calidad laboral el D. B. E. por enfermedad general ocupó el primer lugar con una frecuencia tres veces mayor que los accidentes de trabajo 68.5 % y 31.5 % ) respectivamente. Sin embargo el número de pacientes incapacitados es casi igual 29.5 % por EG y 27 % por AT. Los síntomas y signos característicos de Lumbociática sólo se encontró en 77 pacientes ( 38.5% )

Los tratamientos prescritos encontrados en nuestro trabajo en general se apegan a los clásicos que son a base de analgésicos, miorelajantes, antiinflamatorios y medidas generales como lo es el reposo en cama dura, solamente observamos que el tiempo límite mínimo de reposo ( tres semanas ) no se lleva a cabo en la mayoría de los casos. La canalización a servicios de especialización fue principalmente al servicio de Traumatología en un 32.5 %, siguiéndole en frecuencia Fisiatria con un 11 % de pacientes enviados a dicho departamento.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. - Aviña, J; Olvera, J. "Lumbialgias y Lumbociálticas" Promeco No. 5 Marz. Pag. 14- 31 1978.
2. - Bermúdez, I; Aviña, J; Iñárritu, A.; Aspectos Anatómicos y biomecánicos de la columna lumbosacra. Anales de Ortopedia y Traumatología. Vol. XI. No. 4, oct-dic. Pág 241, 249, 1975.
3. - Clínicas Ortopédicas de Norteamérica 1977, tomos: Columna Vertebral, - consultas varias.
4. - De Palma, A. F.; F, Rothman, R. : Disco intervertebral. Barcelona, Ed. Jónms. 1975.
5. - Murphy, R.O.: Nerve roots and spinal nerves in degenerative disk disease. Cl. Orth. R.R. No. 129 nov-dic. Pág. 46-60, 1977.
6. - Pritsker, K.P.: Envejecimiento y degeneración del disco intervertebral lumbar. Cl. Orth. N. Amer. Columna Lumbar II ( 8 ), Pág. 73-85, 1977.
7. - Ramos, M.A; Aviña, J; Calderón, F. : Alteraciones biomecánicas articulares en la obesidad. Anales de Ortopedia y Traumatología. Vol. XI, No. 1, ene-marz. Pág 7-17, 1975.
8. - Reyes, C. A.: Epidemiología de los padecimientos de la columna vertebral. Anales de Ortopedia y Traumatología. 5 ( 3): 205-216, 1969.
9. - Wiltse, L.L.; Surgery for intervertebral disk disease of the lumbar spine. Cl. Orth R. R. No. 129, nov-dic. Pág. 22-45, 1977.