



Vol. 72 • Núm. 1
Enero-Febrero • 2018
pp 5-9

Recibido: 02/11/2017
Aceptado: 28/11/2017

Artículo de investigación

Caracterización sociodemográfica de los pacientes que acudieron a un servicio de rehabilitación de tercer nivel de atención por lumbalgia

Raciel Llaguno López,* Maritza Janett Tino Martínez,† Nelson Álvarez Licona§

* Myr. MC. Adscrito al Servicio de Rehabilitación.

† Myr. MC. Adscrito al Servicio de Rehabilitación

§ Investigador Instituto Politécnico Nacional.

RESUMEN

Objetivos: Realizar una caracterización sociodemográfica y laboral de la población que acudió por lumbalgia al Área de Medicina de Rehabilitación del Hospital Central Militar. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo que consideró como variables el género, la edad, el peso y el potencial origen de la lumbalgia. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central, de dispersión y desviación estándar. **Resultados:** Se evaluaron 1,952 expedientes; 938 cumplieron con los criterios de ingreso; 578 pertenecieron al sexo femenino y 360 al masculino. Las causas de los padecimientos más comunes fueron de tipo mecanopostural, postquirúrgico y postraumático; el número de militares en el activo fue de 276 pacientes, con una mayor preferencia para el Servicio de Sanidad (20.9%), Infantería (14.5%), y la Fuerza Aérea (11.4%). **Conclusiones:** La lumbalgia se muestra con mayor afección para el sexo femenino que para su contraparte; hubo un mayor número de valoraciones médico-asistenciales a la población derechohabiente, seguida por la militar; se evidenció el origen mecanopostural, postquirúrgico y postraumático con mayor frecuencia, afectando principalmente a los servicios y armas como sigue: Servicio de Sanidad, Infantería y Fuerza Aérea. Se recomienda hacer énfasis en los factores mencionados a fin de incidir en el tratamiento de la lumbalgia.

Palabras clave: Lumbalgia, factores de riesgo, enfermedad ocupacional, rehabilitación.

Sociodemographic characterization of patients with lumbalgia in a rehabilitation service of a third-level hospital

ABSTRACT

Objective: To identify the risk factors, demographic and labor characteristics of the population that is treated for low back pain in the Rehabilitation Center of the Military Central Hospital. **Material and methods:** Retrospective, cross-sectional and descriptive study. Study variables: gender, age, weight, potential origin of the low back pain. The statistical analysis included: measures of central tendency, dispersion and standard deviation. **Results:** 1,952 clinical records were evaluated; 938 fulfilled the admission criteria, 578 belonged to female patients and 360 to male ones. The most common etiologies were mechanopostural, post-surgical and post-traumatic; the number of military personnel in the active service was 276, with a greater preference for the Health Service (20.9%), Infantry (14.5%), and Air Force (11.4%). **Conclusion:** The female sex is more affected by low back pain. The greater number of medical assessments were done to non-military population. The mechanopostural, post-surgical and post-traumatic etiologies showed a greater frequency, mainly affecting the following services: Health Service, Infantry, and Air Force. We recommend to emphasize the factors mentioned in order to influence the treatment of low back pain.

Key words: Low back pain, risk factor, occupational disease, rehabilitation.

Introducción

El dolor lumbar es actualmente un problema social que afecta a la mayoría de las personas, lo que lo convierte en un problema de salud pública. Es una de las primeras causas de asistencia sanitaria. Las actividades ocupacionales y laborales juegan un papel preponderante en su aparición. Se ha mencionado que 80% de las personas presentarán un dolor incapacitante durante su vida.¹⁻⁴

Definición

La lumbalgia es el dolor o malestar en la zona lumbar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, que compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias, con o sin limitación funcional; dificulta las actividades de la vida diaria y puede causar ausentismo laboral.⁵

Factores de riesgo

Para el estudio del dolor lumbar es necesario identificar como base del origen a los factores de riesgo, dentro de los cuales se han citado un sinnúmero de causas: levantamiento de peso, carga axial aumentada, vibración, estrés postural, sedentarismo y obesidad. Existe una relación positiva entre la realización de actividades físicas y la disminución del dolor lumbar; así, el pobre acondicionamiento físico se considera como un potencial riesgo para el desarrollo de lumbalgia.

Es de importancia mencionar que las alteraciones psicosociales como la depresión, insomnio y estrés laboral se han asociado con el potencial incremento en la presentación de dolor lumbar.⁵⁻¹⁰

Costos socioeconómicos

La exigencia de una adecuada ergonomía del aparato locomotor, sumada a una adecuada fortaleza física, son factores importantes para prevenir el desarrollo de las lesiones. Por ello, países desarrollados han puesto atención en dicha patología, a fin de fomentar la pronta recuperación de los trabajadores y su reintegración a las actividades habituales y laborales.¹⁰⁻¹⁸

Los resultados obtenidos de este estudio serán importantes en el conocimiento del dolor lumbar en

los elementos del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos, así como en el planteamiento de intervenciones preventivas, terapéuticas y de rehabilitación.

Material y métodos

El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo; fue realizado en un hospital de tercer nivel de atención del servicio de sanidad militar. La muestra se obtuvo de un total de 1,952 expedientes del archivo digital; de ellos, se seleccionaron sólo 938 que reunieron los criterios de selección en un periodo comprendido desde el mes de enero de 2010 a enero de 2012.

Se realizó una búsqueda de todos los expedientes con identificador de la clave M545, correspondiente al título «lumbalgia de tipo no especificado» de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en la base del archivo digital del Hospital Central Militar. Posteriormente, se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel Profesional Plus versión 14.0 con las siguientes variables: género (masculino y femenino), edad (grupos de edad), peso (con base en el índice de masa corporal normal, categorizando en peso normal, sobrepeso, obesidad —según la OMS—), ocupación actual, potencial origen de la lumbalgia.

Análisis estadístico

Se analizaron los resultados utilizando el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 20, mediante el examen de medidas de tendencia central, usando la proporción como medida aritmética para expresar las frecuencias; las medidas de tendencia central se emplearon para conocer el promedio, y la media y mediana de las variables codificadas.

Como medidas de dispersión se empleó el rango y la desviación estándar para conocer la variabilidad presente en el conjunto de variables.

Resultados

De los expedientes evaluados se encontró un total de 1,952 expedientes del Sistema MedSys correspondientes al Área de Medicina de Rehabilitación, filtrados con el diagnóstico de lumbalgia de tipo no especificado (M545). De ellos, sólo 938 expedientes cumplieron con los criterios de inclusión al protocolo de estudio.

Cuadro 1. Peso y talla por sexo.

Sexo	Peso y talla	n	Máximo	Media	Desviación estándar
Femenino	Peso (kg)	592	113.00	65.00	13.36
	Talla (m)	592	1.80	1.53	0.19
Masculino	Peso (kg)	379	109.00	72.82	16.80
	Talla (m)	379	1.90	1.62	0.30

Cuadro 2. Índice de masa corporal en los pacientes evaluados.

	n	Porcentaje
Peso normal	452	48.5
Sobrepeso	302	32.4
Obesidad I	132	14.1
Obesidad II	38	4.1
Obesidad III	8	0.8
Total	932	

Peso y talla. La presentación del peso y talla del personal en los expedientes evaluados, con una media para el personal femenino menor que para el personal masculino (*Cuadro 1*).

Género. Al categorizar por sexo los expedientes, se evidenció mayor número para el sexo femenino, con un total de 578 pacientes (62%); para el masculino fueron 360 pacientes (38%).

Índice de masa corporal. El índice de masa corporal encontrado durante la revisión mostró mayor número de valoraciones en personas con sobrepeso, en un 32.4% (n = 302) (*Cuadro 2*).

Patologías más frecuentes. Al categorizar por los padecimientos más comunes, evidenciamos con mayor frecuencia los tipos mecanoposturales, posquirúrgicos y radiculares (*Cuadro 3*).

El número de militares en el activo que acudieron a consulta fue un total de 276, así como 24 militares retirados. Los servicios más afectados fueron Sanidad (en un 20.9%), Infantería (en un 14.5%), y la Fuerza Aérea (11.4%).

Discusión

El presente estudio recogió una muestra de los pacientes valorados en el Área de Medicina de

Cuadro 3. Etiologías evidenciadas en la población de estudio.

	n	Porcentaje
Lumbalgia mecanopostural	566	60.4
Lumbalgia postquirúrgica	157	16.7
Radiculopatía	76	8.1
Lumbalgia postraumática	58	6.2
Lumbociatalgia	27	2.9
Disfunción sacroiliaca	16	1.7
Ciatalgia	13	1.4
Lumbalgia facetaria	12	1.3
Canal lumbar estrecho	8	0.9
Lumbalgia aguda	3	0.2
Síndrome piramidal	1	0.1
Espondilolistesis	1	0.1
Totales	938	100

Rehabilitación del Hospital Central Militar en el periodo comprendido de enero de 2010 a enero de 2012. En relación con el género, se observó mayor tendencia en la atención médico-asistencial para el sexo femenino, con un total de 578 pacientes (62%), contra 360 pacientes (38%) del sexo masculino; estos datos se asemejan a lo reportado por Abdulbari Bener y sus colaboradores, quienes mencionaron una prevalencia mayor en personas del sexo femenino (53.9%) en comparación con su contraparte masculina (46.1%); así mismo, Björck-van Dijken¹⁹ la reportó en un 54.6% en mujeres y 45.6% en hombres en un estudio realizado con una muestra de 2,377 pacientes.

Un hallazgo interesante que describió el citado autor es que las pacientes con lumbalgia refirieron menor actividad física durante el tiempo libre en comparación con las que no tenían lumbalgia; así, en su análisis apuntó que la baja actividad física durante el tiempo

libre parece estar asociada con dolor lumbar, lo cual puede ser motivo de una evaluación subsecuente en la población en estudio.

Es preciso decir que no se ha evidenciado la realización de estudios de prevalencia en los servicios armados (Ejército y Marina) ni en servicios policíacos, donde se evalúe la aparición de lumbalgia de tipo no especificado, que por las características laborales supondría un elevado número de casos. En el Centro de Salud de Investigación Naval en San Diego, California, Andrew J. MacGregor y su grupo llevaron a cabo un estudio de prevalencia de la lumbalgia en los integrantes de dicho instituto armado y refirieron un mayor porcentaje en el sexo masculino, en las siguientes ocupaciones: electromecánicos, mecánicos de aviación e infantería (59.5%), personal administrativo (17.4%) y otros servicios (15.9%), lo cual no corresponde con los datos obtenidos en nuestra investigación; en el reporte realizado por Björck-van Dijken¹⁹ se evidencia que realizar trabajos físicamente demandantes y con baja actividad de esparcimiento se relaciona como factor asociado para el desarrollo de la lumbalgia (actividades en sedestación [n = 915], actividades de bajo trabajo físico [n = 1,506], moderado [n = 1,168] y alto [n = 265]), lo cual se puede vincular con el desarrollo de dicha enfermedad en las diferentes actividades efectuadas por los elementos del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos. El citado autor menciona que existe muy poca información publicada en cuanto a la actividad física y el dolor de espalda baja en la población, ya que no se ha definido el tipo, intensidad, frecuencia y duración de la actividad física en los estudios sobre el tema.

Conclusiones

La presente investigación permitió reconocer la situación actual de las enfermedades relacionadas con la lumbalgia en nuestra área de medicina de rehabilitación, con los siguientes hallazgos de interés:

Los padecimientos de la columna fueron más frecuentes en el personal femenino (n = 578), con una edad media de 65 años, en relación con el sexo opuesto (n = 360), con una edad media de 72.8 años.

Existe una mayor cantidad de atención médico-asistencial en el personal derechohabiente que en el militar.

El tratamiento recibido fue más frecuentemente conservador, a base de ejercicios.

El índice de masa corporal reportado con mayor frecuencia fue de sobrepeso (IMC: 25-29.9), en un 32.4% de la población estudiada.

Las patologías con mayor predisposición fueron las de tipo mecanopostural, postquirúrgica y radicular.

Los militares en el servicio activo más afectados fueron del Servicio de Sanidad.

REFERENCIAS

1. Miralles I. Prevención del dolor lumbar. Efectividad de la escuela de columna. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001; 8: 14-21.
2. Diagnóstico, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 2008.
3. Devereaux MW. Low back pain. *Prim Care*. 2004; 31 (1): 33-51.
4. Landry MD, Raman SR, Sulway C, Golightly YM, Hamdan E. Prevalence and risk factors associated with low back pain among health care providers in a Kuwait hospital. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008; 33 (5): 539-545.
5. Cruz-Medina E, Rodríguez-Leyva J, Coronado-Zarco R. Historia de la tracción terapéutica en la patología de columna vertebral. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2011; 23 (2): 46-48.
6. Waddell G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1987; 12 (7): 632-644.
7. van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, Verhagen AP, Ostelo R, Koes BW et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J*. 2011; 20 (1): 19-39.
8. Oleske DM, Lavender SA, Andersson GB, Morrissey MJ, Zold-Kilbourn P, Allen C et al. Risk factors for recurrent episodes of work-related low back disorders in an industrial population. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2006; 31 (7): 789-798.
9. Coronado-Zarco R, Caballero C, Miranda-Duarte A, Cruz-Medina E, Arellano-Hernández A, Chávez-Arias D. Factores de riesgo asociados al conducto lumbar estrecho: estudio de casos y controles. *Acta Ortop Mex*. 2007; 21 (2): 105-110.
10. Deyo RA, Cherkin D, Conrad D, Volinn E. Cost, controversy, crisis: low back pain and the health of the public. *Annu Rev Public Health*. 1991; 12: 141-156.
11. Saldívar-González AH, Cruz-Torres DL, Serviere-Zaragoza L, Vázquez-Nava F, Joffre-Velázquez VM. Lumbalgia en trabajadores. *Epidemiología. Rev Med IMSS*. 2003; 41 (3): 203-209.
12. Díaz-Gutiérrez L, Albarrán-Gómez U, Gómez-Soto V. Evaluación funcional e isocinética en pacientes con lumbalgia mecanopostural. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2006; 18 (2): 55-60.
13. Bener A, Verjee M, Dafeeah EE, Falah O, Al-Juhaishi T, Schlogl J et al. Psychological factors: anxiety, depression, and somatization symptoms in low back pain patients. *J Pain Res*. 2013; 6: 95-101.
14. Dunn KM, Croft PR. Epidemiology and natural history of low back pain. *Eura Medicophys*. 2004; 40 (1): 9-13.
15. Argimon-Pallás JM, Jiménez-Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica: elección de la prueba estadística 358-361. 3a edición. España: Elsevier; 2007.

16. Heitz CA, Hilfiker R, Bachmann LM, Joronen H, Lorenz T, Uebelhart D et al. Comparison of risk factors predicting return to work between patients with subacute and chronic non-specific low back pain: systematic review. *Eur Spine J.* 2009; 18 (12): 1829-1835.
17. Danhke GL. Investigación y comunicación. México, D.F.: McGraw-Hill; 1989.
18. Frymoyer JW, Pope MH, Costanza MC, Rosen JC, Goggin JE, Wilder DG. Epidemiologic studies of low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 1980; 5 (5): 419-423.
19. Björck-van Dijken C, Fjellman-Wiklund A, Hildingsson C. Low back pain, lifestyle factors and physical activity: a population based-study. *J Rehabil Med.* 2008; 40 (10): 864-869.

Dirección para correspondencia:

Raciel Llaguno López

Mopanes, Lote 7 Manzana 4, Dpto. 3,
Col. Pedregal de Santa Úrsula Xixtla,
14439, Del. Tlalpan, Ciudad de México.

E-mail: dr_raciel@hotmail.com