BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

“APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LUMBALGIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 13, EN TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS"

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR.RODOLFO MEZA FLORES.

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS FEBRERO 2020

BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

"APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LUMBALGIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 13, EN TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS"

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DR.RODOLFO MEZA FLORES

ASESOR METODOLOGICO
DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCÓN
MEDICO NO FAMILIAR

ASESOR DE CONTENIDO
DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13

IMSS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CHIAPAS

AUTORIZACIONES

DR.LUIS ANTONIO VALLES FLORES
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD, DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS.

DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEÓN
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS.

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS FEBRERO 2020

BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

"APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LUMBALGIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 13, EN TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS"

TESISTA DE POSTGRADO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

DR. RODOLFO MEZA FLORES.

MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ADSCRIPCCION: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 13

MATRICULA: 98070144 TELÉFONO: 9636338485

Correo Electrónico: rodo1508@hotmail.com

ASESOR METODOLOGICO

DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCÓN

MEDICO NO FAMILIAR

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2

MATRICULA: 99332495 TELÉFONO: 9616581984

CORREO ELECTRÓNICO: umqbalcazar@gmail.com

ASESOR DE CONTENIDO

DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13

MATRICULA: 99074474 TELÉFONO: 961 65 82278

CORREO ELECTRÓNICO: yunisra@hotmail.com

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Por su amor y apoyo en todo momento.

A mi esposa Carolina y mis hijos:

Por sus palabras de motivación y paciencia.

A mi abuela:

Que con sus sabias palabras me ayudaron a decidir mi camino.

A dios:

Por mantenerme en pie.

A mis asesores:

Por hacer posible la realización de este trabajo sin su esfuerzo y aportaciones no hubiera sido posible haber concluido este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN……..... 1

ANTECEDENTES…….. 5

JUSTIFICACIÓN…… 27

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……..... 28

OBJETIVOS…… 29

HIPOTESIS…… 30

MATERIAL Y MÉTODOS…….. 31

DISEÑO DEL ESTUDIO…… 31

LUGAR DEL ESTUDIO…….. 31

UNIVERSO DE ESTUDIO……. 31

TIPO DE MUESTREO…… 31

CRITERIOS DE SELECCIÓN……... 32

VARIABLES DE ESTUDIO…… 33

OPERCIONALIZACIÓN DE VARIABLES…… 33

ÁNALISIS ESTADÍSICO…..…… 34

INSTRUMENTO DE RECOLECCION.....…….. 34

DESARROLLO DEL PROYECTO…… 36

RECURSOS PARA EL ESTUDIO…… 36

CONSIDERACIONES ÉTICAS…… 37

RESULTADOS…… 39

DISCUSIÓN……... 41

CONCLUSIONES……. 44

RECOMENDACIONES…… 45

BIBLIOGRAFÍA……. 46

ANEXOS……. 49

RESUMEN

Título: "Apego a la Guía de Práctica Clínica de lumbalgia en la Unidad de Medicina Familiar No 13, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas"

Rodolfo Meza Flores (1), Yunis Lourdes Ramírez Alcántara (2), Luis Ernesto Balcázar Rincón (3).

ANTECEDENTES: La lumbalgia se define como "dolor o malestar en la zona lumbar, localizado entre el borde inferior de las ultimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias, con o sin limitación funcional que dificultan las actividades de la vida diaria y que puede causar ausentismo laboral". Las guías de práctica clínica (GPC) fueron elaboradas por presentar problemas de salud que tienen amplio impacto social y económico en los que no existe consenso a la hora de plantearlos dañando en varias etapas. La lumbalgia se ha convertido en un padecimiento de seguimiento epidemiológico internacional, afectando aproximadamente en un 27 % de la población adulta. Por lo que es de suma importancia apegarse al manejo de esta patología, así como la capacitación continua al médico sobre el tema para lograr un impacto positivo que se verá reflejado en la atención y duración de la misma.

OBJETIVO: Conocer el apego a la guía de práctica clínica de lumbalgia en la unidad de Medicina Familiar No 13, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, se llevó a cabo en la unidad de medicina familiar No13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, incluyó 250 expedientes clínicos electrónicos de pacientes atendidos en la UMF No13 con diagnóstico de lumbalgia en el año 2016 para el análisis se utilizó la cédula de verificación de Guía de Práctica clínica tomando en cuenta el diagnóstico, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico, criterios de referencia, vigilancia y seguimiento. El análisis estadístico comprendió medidas de tendencia central y estadística descriptiva, Los resultados se presentaron en gráficas y tablas de frecuencia.

RESULTADOS: El 41.2% del universo de trabajo fueron hombres y 58.8% mujeres, en base al total de días de incapacidad otorgados el mínimo fue 1 día, el máximo 7 días con una desviación típica de ± 1.4. Y en los Ítems que componen la cedula de evaluación el apartado con mayor apego fue el tratamiento farmacológico con un 92%, siguiendo el tratamiento no farmacológico con un 3.6%, criterios de referencia con 1.2%, vigilancia y seguimiento 0% y referencia en 0%.

CONCLUSIONES: No existe apego a la guía de práctica clínica de lumbalgia por parte de los médicos de la UMF No.13.

PALABRAS CLAVE: Lumbalgia, apego a la Guía de Práctica Clínica.

BACKGROUND: Low back pain is defined as “pain or discomfort in the lumbar area, located between the lower edge of the last ribs and the lower crease of the gluteal area, with or without radiation to one or both legs, compromising musculoskeletal and ligament structures, with or without functional limitation that hinder the activities of daily living and that can cause absenteeism from work ”. The clinical practice guidelines (CPG) were prepared because they present health problems that have a broad social and economic impact, for which there is no consensus when considering them damaging in various stages. Low back pain has become a disease of international epidemiological monitoring, affecting approximately 27% of the adult population. Therefore, it is of the utmost importance to adhere to the management of this pathology, as well as continuous training to the doctor on the subject to achieve a positive impact that will be reflected in the care and duration of it.

OBJECTIVE: OBJECTIVE: To know the adherence to the low back pain clinical practice guide in the Family Medicine Unit No 13, in Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

MATERIAL and METHODS: Descriptive, observational, retrospective and transversal study, was carried out in the Family medicine unit No13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, included 250 electronic clinical records of patients treated in the UMF No13 with Diagnosis of low back pain in the year 2016 for the analysis, the Clinical Practice Guide Verification certificate was used taking into account the diagnosis, pharmacological treatment, non-pharmacological treatment, reference criteria, surveillance and follow-up. The statistical analysis included measures of central tendency and descriptive statistics, the results were presented in charts and tables of frequency.

RESULTS: 41.2% of the working universe were men and 58.8% women, based on the total number of disability days granted the minimum was 1 day, the maximum 7 days with a typical deviation of ± 1.4. And in the items that compose the Cedula the section with greater attachment was the pharmacological treatment with a 92%,

following the non-pharmacological treatment with a 3.6%, reference criteria with 1.2%, surveillance and follow-up 0% and reference in 0%.

CONCLUSIONS: There is No adherence to the Clinical Practice guide for low back pain by physicians of UMF No. 13.

KEY WORDS: Low back pain, attachment to the Clinical Practice guide.

ANTECEDENTES

La guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de Lumbalgia Aguda y crónica en el primer nivel de atención 045-08 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) define a la lumbalgia como: “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, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias, con o sin limitación funcional que dificultan las actividades de la vida diaria y que puede causar ausentismo laboral”.[1]

La asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), desde 1980, determinan al dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular verdadero o potencial, actual o descrito en términos de ese daño” y dolor de tipo neuropático en; la “alteración patológica de un nervio que puede manifestarse como mononeuropatía, neuropatía múltiple o polineuropatía”.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son documentos en los que existen preguntas puntuales y organizándose en evidencias científicas disponibles para que, en forma de definiciones adaptables se utilicen para la toma de decisiones clínicas. La descripción de las GPC que se encuentran en escritos científicos es la expuesta por el instituto de medicina, en el año 1990 definiéndola así: “el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas”. El objetivo es brindar al clínico una serie de opciones para determinar con fundamentos científicos los contratiempos que día a día se ven en los pacientes. La finalidad de las GPC radica en perfeccionar la práctica clínica dando sustento científico instruir a los especialistas y pacientes.

Facilitando las mejores evidencias disponibles, disminuyendo la variación profesional, aumentando la condición asistencial y la salud poblacional.

Las GPC fueron elaboradas ante determinados problemas de salud con gran impacto social y económico en los que no existe consenso a la hora de abordarlos y afectan a varios niveles asistenciales.

Las GPC intentan reducir la desconfianza del médico a la hora de toma del decreto dando protagonismos al enfermo ofertando participación activa en la toma de decisiones que repercuten en su estado de salud.(1)

EPIDEMIOLOGIA.

El dolor lumbar implica un gran problema de salud pública en población occidental por su elevada prevalencia, magnitud y alcance socioeconómico; perjudicando edades en etapa laboral generando aumento en el uso de recursos y pérdidas de días laborales.

Alrededor del 60 al 70% de los adultos presentarán un episodio de síndrome doloroso lumbar en cualquier momento de su vida. Representando una causa de limitación física en menores de 45 años de edad. En el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) es la octava causa de consulta del médico de consultorio, dándose 907,552 consultas en unidades de primer nivel.(2)

El dolor crónico tiene una afectación entre el 25 y 29% a nivel mundial.

A pesar de tener una alta frecuencia internacionalmente, se desconoce el número de personas que la padecen en la República Mexicana. Considerando que afecta al 27% de la población, y que en el habían 105 millones de personas, se estimó que 28 millones de nacionales tenían dolor lumbar.

Antecedente que denota importancia para generar estrategias de recolección de datos epidemiológicos dedicados a plasmar la prevalencia del dolor crónico lumbar en el país.(3)

La lumbalgia representa el segundo lugar de chequeo ortopédico, tercero de cirugías y quinto lugar de hospitalización, llegando a estar presente en el 84% de los individuos en algún tiempo de su existencia.

La lumbalgia aguda está presente en el 5 al 25% de la población sabiendo que el 90% remite y el 10% restante se convierte en una lumbalgia crónica. En lo que respecta la lumbalgia crónica, 15 al 36% es su prevalencia.

En países de primer mundo las incapacidades están asociadas al dolor de tipo lumbar, en América del Norte se estiman 10 millones de incapacidades al año, en la República Mexicana ocupa el lugar siete de las causas de ausentismo laboral y el 13% de las personas llegan a consultar por dolor de tipo lumbar. (3)

La carga de la enfermedad, es un instrumento diagnóstico para la identificación de prioridades de salud, al considerar no solo las causas de mortalidad general, sino además factores como la edad y el sexo, la duración y severidad de las enfermedades, la comorbilidad (presencia de dos o más enfermedades simultáneamente) y la discapacidad asociada a las principales causas de enfermedad en la población.

Los resultados no letales, aquellos que no generan muerte sino discapacidad los integran la diabetes, la lumbalgia y la depresión". (4)

La Organización Mundial de la Salud es la encargada de calificar la carga mundial de morbilidad ofreciendo un panorama completo de la salud apoyándose en los años de vida ajustados en grado de discapacidad (AVAD).

El uso de los (AVAD) hacen que sean asignados cifras numéricas a las repercusiones no mortales de distintas patologías y afecciones.(5)

Los indicadores (AVAD, DALY o AVISA), son los que denotan una disminución en la salud ocasionadas por el defecto letal y no letal de las afecciones y daños en una población.(6)

ETIOLOGIA.

La etiología del dolor lumbar es multifactorial y según Fordyce, hay un número importante de pacientes en donde el mecanismo de lesión, afección radicular y temporalidad determina su presentación.

En base al tiempo, la lumbalgia es:

a) Aguda: duración menor de cuatro semanas.
b) subaguda: duración entre cuatro y doce semanas.
c) Crónica: mayor a doce semanas o aparece episódicamente en un lapso de seis meses.

Señales de alarma o banderas rojas.

Denotan etiología de mal pronóstico que amerita atención inmediata. Como son las siguientes:

- Edad de 20 años a mayores de 50 años.
- Existencia de reporte de lesión directa o indirecta, aparatosa o fuerte.
- Dolor en caja torácica o región abdominal.
- Disminución inexplicable de peso.
- Alza de la temperatura corporal.
- Clínica neurológica progresiva.
- Progresión de la discapacidad acompañada de dolor.
- Historia particular o antecedentes familiares con problemas oncológicos.
- Malformaciones óseas de columna vertebral.
- Drogadicción, bajas defensas inmunológicas o Infecciones por virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- Uso extendido y repetido de esteroides.
- Imposibilidad de flexión lumbar continúa y delicada.
- Dolor que no disminuye al reposo.

Señales de riesgo.

Haciendo mención a la clínica que da pie al desarrollo y persistencia de dolor crónico o resultando en incapacidad prolongada. Mencionando:

- Causas individuales: años de vida, estado físico, resistencia de músculos ab abdominales y espalda, nicotismo, obesidad y sedentarismo, enseñanza baja, elevación del dolor y discapacidad.
- Causas psicosociales: estrés y ansiedad, estado de ánimo, depresión, función cognitiva, conducta por dolor, expectativa que promueven la catastrofización, ganancia secundaria o remuneración económica y somatización.
- Causas laborales: esfuerzo físico, descontento por el trabajo rutinarios, sustento y vínculos laborales, bajo apoyo en el centro de trabajo, imposibilidad para realizar actividades ligeras al retorno al trabajo, carencia laboral por cuatro a doce semanas y carga laboral sin cambio del tipo de acción.(3)

El dolor lumbar de tipo inflamatorio es engañoso, hondo, complejo de ubicar, alterable, con ciertas particularidades que la hacen discernir del dolor lumbar de otra procedencia.

La sintomatología siguiente refleja dolor lumbar de tipo inflamatorio:

- Presentación antes de los 40 años.
- Inicio brusco.
- Dolor lumbar noctívago.
- Curso superior de 3 meses.
- Existencia de rigidez matutina superior a 30 minutos.
- Mejoría con la realización de ejercicio.
- El dolor no se calma con el descanso.
- Alivio con el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- Forzar al enfermo a ponerse de pie durante el anochecer.

Hablando de los costos se tendrá en cuenta el desembolso global, ausencia laboral, procedimiento médico, disminución de la productividad, debido a que las bajas más largas son debidas a lumbalgias crónicas.

Aunque la lumbalgia origina costos médicos inmediatos al empleo de los recursos sanitarios, incluidas las visitas médicas. Asimismo al cotejar las lumbalgias crónicas con dolores neuropáticos (NP), si ha comprobado que el costo del segundo es 67% más elevado.

Por tal motivo disminuir la impresión de la lumbalgia crónica es muy importante.

La enseñanza a comprobado que el rumbo multidisciplinario es eficiente y mitiga a la vez el dolor, la imposibilidad funcional y la kinesiofobia. Así mismo mejoran la competencia funcional, calidad de vida y reparan la función.[4]

Las necesidades relacionadas con la actividad laboral hacen que el sistema esquelético, ligamentario y discos lumbares se vean comprometidos.

A decir de varios estudios, resistencia muscular pobre en espalda incrementa el peligro de daño ocupacional a decir de un adecuado estado físico que conlleva a una defensa para la patología lumbar.

Al comienzo de una actividad laboral que implica trabajos manuales de gran esfuerzo se inicia la sintomatología de dolor lumbar. Nombrando que a mayor edad existen altas probabilidades de riesgo para presentar problemas en zona lumbar en el área laboral.

Los componentes ocupacionales colaboran de igual manera a provocar alteraciones en el disco lumbar, trabajo físico enérgico, reiterados levantamientos de carga, posiciones estresantes son circunstancias que provocan ciática.

Las afecciones de la región lumbar en el área laboral raramente son ocasionadas por un golpe, ya que se deben a consecuencia de sobreesfuerzo.(7)

Ignoramos la cantidad de individuos manejados en primer nivel. Por mencionar en el año 2005 se proporcionaron en la República Mexicana 2663 consultas generales por cada 1000 habitantes, estimando que 17% de la población llegó por dolor crónico, lo más probable fue que 32 millones de personas lo hayan presentado durante ese año y necesitado analgesia, estudios de gabinete o incapacidad para el trabajo.

Los individuos que hacen una aportación económica activa son personas con competencia laboral; En México es integrado por individuos de 18 y 60 años, si bien para alguna financiera el pueblo económicamente trabajador comienza a partir de los 14 años.

En el año 2002 en el (IMSS) el 52% de la consulta de primer nivel de atención fueron a personas entre 20 y 59 años, representando el 25% por dolor lumbar.

Señalando que el 51% de las personas de la tercera edad padecen esta enfermedad. En México alrededor del 1.3% de la población geriátrica acude al (IMSS) por tal patología.

Existe la posibilidad que el síndrome doloroso sea el motivo de atención del 12 al 13% de las consultas proporcionadas en todos los grupos de edad.

Con lo anterior el dolor crónico es un problema de salud pública por su constancia, impresión y repercusión en la economía de la sociedad.(3)

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM – 004 –SSA 3-2012, se llevara un adecuado lineamiento en forma profesional y mediante la realización de notas médicas apegadas en las disposiciones establecidas. Se tendrá que evaluar el dolor así como el método empleado para mejoría del dolor en forma objetiva, constante y ordenada.(8)

FACTORES DE RIESGO.

- El aumento del índice de masa corporal (IMC) sobre todo en personas con sobrepeso y obesidad.
- El sedentarismo asociado a posiciones viciosas.
- Actividades físicas en el trabajo que están relacionadas con la aparición del dolor; vibración del cuerpo, cargar material de carga y malas posiciones del tronco.
- El desacondicionamiento físico y falta de movilidad de la columna vertebral eleva la sintomatología lumbar.
- El cargar material de carga durante períodos extendidos y posturas erróneas

aumentan el peligro de lumbalgia.

- Hay la certeza que factores psicosociales como depresión, insomnio, agresividad, violencia, estrés en el trabajo e hiperactividad se asocia a una elevada aparición de lumbalgia.(9)

CAUSAS DE DOLOR ESPINAL.

El principio del dolor lumbar se centra en disfunción de elementos espinales y paraespinales que dispongan de inervación nociceptiva puede producir dolor. Incluyendo estructuras neurales, musculares, esqueléticas y articulares.(10)

LUMBALGIA INESPECIFICA.

Se tenía la idea que la lumbalgia aparece por sobre esfuerzos musculares o lesiones orgánicas, artrosis, curvaturas anormales de la columna o hernias discales En el pasado se creía que la lumbalgia se debía a sobre esfuerzos musculares o alteraciones orgánicas, como artrosis, escoliosis o hernia discal.

Al paciente se le indicaban estudios radiológicos para corroborar las sospechas de la patología y el tratamiento consistía en el reposo y analgesia. Si el dolor sedia se le decía al paciente que protegiera la espalda con una disminución de la actividad física más adelante. Y si el dolor persistía se planteaba la cirugía para corregir la anomalía.

El comienzo agudo de lumbalgia inespecífica es por el desacondicionamiento de la musculatura. Posteriormente el componente neurológico que forma parte esencial en la activación continúa de las fibras musculares, desencadena y prolonga el dolor, las contracciones musculares y la inflamación.

En los casos subagudos, genera cambios en regiones de neuronas medulares cuya repercusión al final es la persistencia de dolor, inflamación y contractura aun resolviendo el iniciador de la afección.(11)

DISCOPATIA.

Es una degeneración discal ante continuas presiones de peso.

Este cuadro puede generar una rotura de su estructura anular ocasionando migración del contenido del núcleo pulposo herniándose hacia el interior del canal o hacia el agujero de conjunción lo que puede provocar compresión de elementos neurales o anclaje e inflamación radicular. Se pueden abarcar tres aspectos importantes en esta patología la degeneración, la rotura y la herniación. La degeneración manifestándose principalmente como espondilosis llamando a esto discartrosis. La herniación discal genera irritación dural, compresión que genera migración de los elementos irritativos y liberación de sustancia P localizados en el núcleo pulposo, como el factor de crecimiento.

Hay presencia de una desestructuración discal, donde existe perdida de agua y la discapacidad de atenuar el peso por lo que llega a incrementar la presión y provocar prominencia. Gran parte de individuos exponen desgaste en los discos sin dolor, por lo que se concluye en que la patología discal no duele. La inestabilidad entre dos huesos vertebrales, degeneración cartilaginosa posterior y contracturas musculares son factores asociados a la generación de dolor.(10) (12)

ARTROSIS Y SINDROMES FACETARIOS.

La definición de síndrome facetario involucra dolor o disfunción de las articulaciones facetarias y tejidos blandos adyacentes. La función principal de las articulaciones facetarias lumbares es darle a las vértebras resistencia a fuerzas rotacionales y de deslizamiento anterior, y proteger el disco de estas. Juega un papel muy importante en el soporte de la carga del peso corporal. Normalmente, pueden soportar aproximadamente un 16% del total de la carga axial que soporta la columna en cada segmento vertebral, el restante lo soporta el disco intervertebral.

La carga vertical aumenta cuando la zona lumbar se coloca en extensión. El aumento de la carga sobre las articulaciones facetarias es un componente fundamental en el síndrome facetario, midiéndose radiográficamente. Por lo que es fundamental evitar posturas que aumente la lordosis lumbar; un ejemplo muy claro es el uso de tacones muy altos.

La artrosis espinal o espondilosis vista en el grupo etario por arriba de los 50 años. Se manifiesta por pérdida del cartílago articular y alteraciones degenerativas. En el raquis hay tres grupos móviles: los discos, las articulaciones apofisarias (cigapofisarias o “facetas”) y las articulaciones uncovertebrales o de Luschka, presentes únicamente en las vértebras cervicales entre C3 y C6.

Este fracaso biomecánico daña en su totalidad al segmento vertebral, de forma que las anomalías discales no son aisladas y pueden acompañarse de anomalías vertebrales y articulares. Se considera que las alteraciones facetarias so fuete de dolor espinal debido a su inervación sensorial y a su vinculación con la rama posterior vertebral. Por este motivo, las facetas o su rama de inervación son una diana terapéutica muy frecuente en el intervencionismo espinal. (10)(13)

ESCOLIOSIS.

Significa curvatura. La escoliosis es una descripción de una alteración estructural que se puede medir clínica y radiológicamente en la persona que lo presenta. Esta deformidad de la columna vertebral se presenta en los segmentos toracolumbares ocurriendo en los planos sagital y coronal.

Las curvas de la columna vertebral de un adulto son rígidas característica diferente a la de la población escolar y adolescente.

Sin embargo, los individuos con desviación lateralizada de la columna vertebral tienen una frecuencia del 73% comparada con la población sin el padecimiento (56%).

Es muy probable que el portador de escoliosis no presente dolor perse, pero que promueva un potencial de sobrecarga mecánica que lleve a la estimulación de los receptores nociceptivos con mayor frecuencia que en la población general.(10)(14)

ESTENOSIS DE CANAL.

Se define como el estrechamiento estructural del canal raquídeo, de los agujeros de conjunción en la zona lumbar. Es observado en los grupos etarios avanzados

considerando que alrededor del 20% de personas mayores de 60 años se encuentran en este síndrome.

Cuando existe compromiso en el canal espinal anterior debida a la migración discal en serie y crecimiento osteofitico puede deformar y llegar a dañar la medula y terminar en síntomas de mielopatia caracterizado por dolor, debilidad, disestesias y espasticidad a nivel cervical y dorsal, y en un cuadro de claudicación para la marcha de origen neurogeno, en la zona lumbar. Cuadro frecuente que se observa a partir de los 60 años de edad, lo que implica ser reconocido y verificado por el riesgo de compromiso y progresividad discapacitante.(15)

ESPONDILOLISTESIS E INESTABILIDAD VERTEBRAL.

Es una “enfermedad en la que las vértebras se deslizan fuera de su lugar y encima de la vértebra inferior”. Cuando hay demasiado deslizamiento el hueso puede presionar a las vértebras y se deslizaran fuera del nervio causando dolor.es característico que afecte a os huesos d la parte inferior de la espalda.

Existen distintas formas de presentación de las espondilolistesis como la congénita que se presenta a la hora del nacimiento siendo el resultado de una formación anormal de los huesos. La ístmica donde están presentes pequeñas fracturas por compresión en las vértebras, y la degenerativa que constituye el tipo más común de esta enfermedad donde el hueso pierde agua volviéndose más esponjoso y menos capaz de resistir movimientos de las vértebras.(16)

SINDROMES MIOFASCIALES PARAESPINALES.

En la mayoría de pacientes con dolor lumbar hay un componente muscular en su dolor y reciben frecuentemente el diagnóstico de contractura muscular. El hallazgo de puntos gatillo en el espesor de los músculos paraespinales es muy frecuente. La musculatura afectada en la lumbalgia, tales como la musculatura erectora, el multífido, el cuadrado lumbar y el músculo piriformis o piramidal de la pelvis puede irritar el nervio ciático. (10)

Las causas no musculo esqueléticas de dolor que se deben de considerar en un dolor de espalda son:

Infecciones genitourinarias, nefrolitiasis, pielonefritis, prostatitis, endometriosis, quistes de ovario, gastritis, esofagitis, enfermedad ulcera péptica, colecistitis, colelitiasis, pancreatitis, diverticulitis, aneurismas aórtico, isquemia miocárdica, infarto al miocardio y tumores.

Signos de anormalidad no orgánica.

Los signos de Waddell, cuando están presentes, pueden indicar un componente

Psicológico del dolor lumbar crónico.

Pruebas de sensibilidad:

Sensibilidad superficial y/o difusa y/o sensibilidad no Anatómica.

Pruebas de simulación: a partir de movimientos, que producen dolor, sin causar realmente ese movimiento, como la carga axial en la parte superior de la cabeza causando dolor lumbar y dolor en la rotación de la espina dorsal.

Pruebas de distracción: realizada cuando la atención del paciente se distrae, tal como elevar la pierna recta con el paciente en posición sentada.

Disturbios regionales: fuerza regional o cambios sensoriales que no siguen la

Neuroanatomía aceptada.

Reacción excesiva: signos subjetivos con respecto al comportamiento del paciente

y reacción exagerada a las pruebas.(17)

Maniobras de exploración.

Métodos subjetivos:

Flexión anterior, extensión, flexión laterales, distancias dedo - suelo, test de

Shober.

Maniobra de Neri: "Paciente sentado con caderas y rodillas en flexión de 90°, el

explorador flexiona la columna cervical, estirando las raíces nerviosas".

Si cualquiera de estas se encuentra comprometida se producirá dolor que se irradiara a la extremidad contralateral.

Maniobra de valsalva.-

El paciente en posición sentada solicitarle espectore o estornude lo que producirá una elevación de la presión en la raíz secundario a una elevación de la presión del líquido cefalorraquídeo.

Maniobra de Lasegue.-

“Paciente en decúbito supino, el explorador coloca una mano en el talón del pie e

inicia la elevación pasiva de la extremidad en extensión”.

La prueba será positiva cuando el dolor se irradie a la pierna explorada, por debajo de la rodilla, antes de los 70°.

En el Lasegue contralateral existe dolor de tipo radicular en la extremidad lesionada al levantar la pierna saludable

Maniobra de Bragard.

Una vez teniendo Lasegue positivo se baja la pierna 5° hasta que desaparezca el dolor. Justo en ese tiempo se realizara flexión dorsal del pie lo que provocara incremento en la presión de la raíz nerviosa, saliendo positiva si el dolor es irradiado por la extremidad.(18)

EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

ESTUDIO DE IMAGEN.

Las (GPC) desamparan el uso de estudios de laboratorio y gabinete para el manejo del dolor lumbar inespecífico. Tomando en cuenta que al realizarlos ayudara en la identificación de etiologías ocultas. La Resonancia Magnética (RM) tiene la capacidad de usar métodos predictivos, diagnósticos, escalas de gravedad, recuperación, pronóstico, planificación y revisión ocupacional. Las (GPC) enfatizan apoyarse de estudios de gabinete y/o laboratorio cuando existan alteraciones neurológicas y/o enfermedades subyacentes justificados por los datos de alarma

encontrados en las exploraciones del paciente. Observando que alrededor del 80% de los pacientes con lumbalgia presentan al menos un signo de alarma.

Solicitando radiografía simple lumbar al diagnosticar o se tenga una sospecha clínica de fractura o deslizamiento de una vértebra hacia adelante.

Siendo un apoyo para anormalidades transicionales. Consiguiendo ser de apoyo para el hallazgo de lesiones como el mieloma o infección bacteriana en los cuerpos vertebrales.

Indicaciones de RM:

Signos y síntomas	Sospecha
Pie caído, debilidad para l flexión de la cadera o la extensión de la rodilla.	Alteración neurológica alta o avanzada.
Anestesia en silla de montar y pérdida de control de esfínteres.	Síndrome de la cola de caballo
Antecedentes de cáncer, lesiones líticas en la radiografía, pérdida de peso.	Neoplásica
Destrucción de platillos vertebrales en la radiografía, abuso de drogas o alcohol, síntomas generales.	Infecciosa
Traumatismo por fragilidad en ancianos, lesiones por estrés mecánico y patologías en jóvenes.	Fracturas
Dolor lumbar o radicular, de moderado a intenso, refractario, que ha recibido indicación intervencionista o quirúrgica.	Condición de cronicidad e indicación terapéutica que requieren imagen.
Dolor intenso y progresivo a pesar del tratamiento conservador.	Incierta
Dolor intenso, progresivo e incapacitante de espalda o pierna con	Incierta

hospitalización y limitación para las actividades diarias.	

Fuera de estas indicaciones, solicitar estudios de imagen no tiene ningún fin. El mantener una vigilancia de los pacientes sin banderas rojas no reflejaron resultados de patologías de riesgo, suponiendo que el aumento de pruebas de imagen llegan a elevar los marcadores de intervención quirúrgica innecesarias.

Por otro lado la utilización de la Tomografía Axial Computarizada (TAC) se realizará cuando este contraindicada la realización de (RM).

ELECTRODIAGNOSTICO.-

Con relevancia clínica al presentar radiculopatía. Utilizando técnicas de electromiografía (EMG), observando la onda H,F y potenciales evocados somato – sensoriales. La (EMG) servirá para poder detectar potenciales de denervación.

Tomando en cuenta que la realización de una (EMG) detectara una variabilidad en el sistema motor teniendo una especificidad del 100% con una sensibilidad situada entre el 50% y 72%.

La (EMG) servirá también para poder expresar un atrapamiento nervioso observando una velocidad de conducción alterada diferenciándose una radiculopatía donde siempre será normal.

Las condicionantes anteriores pueden sugerir la no utilización de estudios electro diagnósticos al no ser incluidos en las (GPC) o bien no se consideren importantes a la hora de dar un diagnóstico clínico.(10)

MANEJO TERAPEUTICO INICIAL

Comunicación con el enfermo.-

Manifestar entendimiento ante el daño que presenta el enfermo.

Comunicarle de forma clara y positiva los aspectos:

- La ciática no es maligna.

- Estudios de imagen al inicio son innecesarios.
- Cursan con un pronóstico favorable y en la mayoría de los casos desaparece.
- Limitar el reposo en cama en lo más mínimo, manteniendo la mayor actividad física posible que el dolor permita.

Mantener al enfermo informado de la patología mejora el estado funcional, apresura su recuperación y disminuye en cantidad las citas médicas.

Evitar el reposo en cama siempre que el dolor lo permita.

La ciática hiperálgica mantendrá al paciente en reposo por un máximo de 48 hrs a consecuencia del dolor.

Mantener un reposo aumentará el grado de intensidad y perpetuara el dolor, la incapacidad funcional y el tiempo de descanso laboral.(19)

Educación terapéutica para pacientes.-

Los programas de tratamiento multidisciplinario incluyen una dinámica de enfoque y un proceso educativo formal destinado a ayudar a los pacientes a llegar a ser autosuficientes en el cumplimiento de los retos planteados por su enfermedad.

La educación terapéutica del paciente (TPE) implica un proceso de aprendizaje activo. En el dolor lumbar, el objetivo principal de la TPE es proporcionar a los pacientes las destrezas que necesitan; por ejemplo el control óptimo de la enfermedad para convertirse o permanecer activo por el mayor tiempo posible, el conocimiento mejorado sobre la condición espinal para tranquilizar al paciente y la selección de las actividades individualmente adaptadas que previenen la rigidez lumbar y el desacondicionamiento. (20)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- introducir apoyo con equipo multidisciplinario que intervenga en assoria y seguimiento de reducción de peso en pacientes con sobrepeso y obesidad.
- Mantener informado e instruir al individuo en disposiciones de higiene postural.

- Comunicar sobre las causas agravantes, desarrollo y tiempo considerado de mejoría que logre apresurar la recuperación en individuos con lumbalgia aguda y frenar el inicio de una lumbalgia crónica.
- Es fundamental orientar al paciente haciéndolo consciente de su dolor y evitar los mensajes negativos. La información debe ser completa y en términos comprensibles para el paciente, así como procurar el retorno laboral de forma temprana.
- Mantener un adecuado ritmo de vida logra el restablecimiento más rápido de la sintomatología reduciendo la discapacidad.
- El reposo en cama se tiene que desaconsejar a no más de 2 o 3 días y si la intensidad del dolor lo llegara a requerir será el menor tiempo posible.
    - El dolor disminuye al asociarse con masajes muy de la mano con el autocuidado que las personas tengan ante un dolor subagudo. El uso de fajas lumbares no se recomiendan para la disminución del dolor.
    - La aplicación de calor local en lumbalgias agudas y subagudas estará recomendadas.
    - No está recomendado el uso de frío local en lumbalgia aguda y crónica.
    - Paciente con dolor lumbar recurrente son candidatos a envió al servicio de rehabilitación.
    - El manejo del paciente con lumbalgia será multidisciplinario, aplicando ejercicios, asistiendo al lugar de trabajo, asesoría ergonómica y terapia conductual.(9)

El manejo fisioterapéutico utiliza técnicas manuales, por mencionar la pinza rodada (PR) donde el tejido superficial es presionado a la fascia profunda traccionando y envolviendo con un movimiento tipo oleaje. Traduciendo en un mecanismo de alargamiento del tejido conectivo, liberando adherencias que impidan la movilidad. Las técnicas manuales son parte del tratamiento empleado por los fisioterapeutas. Una de estas técnicas es la pinza rodada (PR), en la que el tejido superficial a la fascia profunda es pellizcado, traccionando y enrollado en un movimiento de oleaje.

La maniobra se traduce en un mecanismo de elongación del tejido conectivo, liberando adherencias que podrían restringir la movilidad. La carencia de movimiento entre las distintas capas de la fascia toraco-lumbar y alteraciones morfológicas de los tejidos generan una tensión mecánica no fisiológica que estimula el dolor de tipo lumbar. La fascia más importante en este momento es la toraco-lumbar.(21)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

Numerosas investigaciones muestran al paracetamol, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), relajantes musculares (diazepam, tetrazepam) y opiáceos menores (tramadol, codeína), administrados de forma regular por vía oral, proporcionan una analgesia adecuada en la ciática.

El fármaco de primera elección en términos de seguridad utilizando dosis apropiadas es el paracetamol.

En el caso de fracaso con paracetamol, iniciar manejo con un (AINE); como el ibuprofeno, diclofenaco o naproxeno. Los (AINES) presentan efectos secundarios los más comunes son las alteraciones gastrointestinales seguidas de alteraciones a nivel renal. Con el uso de los opiáceos las reacciones adversas serán las principales causas de desapego terapéutico teniendo un riesgo aumentado de dependencia psíquica y física. No utilizarlo pasando las dos semanas, sus principales reacciones adversas serian: somnolencia, estreñimiento y enlentecimiento psicomotor.

Los relajantes musculares no han demostrado más eficacia que los AINE. No aportan ningún beneficio adicional si se asocian a AINE.

Los miorelajantes actuarán como analgésicos y sus reacciones adversas estarán la somnolencia y el enlentecimiento psicomotor en el 50% de los enfermos, manteniendo un riesgo de dependencia en la primera semana de tratamiento.

El uso de gabapentina para tratar la ciatalgía no ha sido mejor que el uso de placebo. Ante dolor neuropático es utilizada la gabapentina, evidencias clínicas de enfermos con lumbalgia y el uso de gabapentina hubo diferencia significativa al uso de

placebo.

El uso de esteroides sistémicos (por vía oral, intramuscular o rectal) es muy común. Careciendo de evidencia que apruebe recomendar su empleo.(19)

Inyecciones no espinales.

Inyección de Toxina botulínica, se inyecta en los músculos de la espalda. La toxina botulínica es producido por el Clostridium botulinum, una bacteria anaerobia Gram-positiva. Actúa atando pre sinápticamente al reconocimiento de la alta afinidad de los sitios de las terminales colinérgicos del nervio y suprimiendo el lanzamiento de la acetilcolina, causando un efecto de bloqueo neuromuscular. Este mecanismo sentó las bases para el desarrollo de la toxina como herramienta terapéutica. La toxina botulínica inyectable se utiliza cada vez más como modalidad terapéutica para el tratamiento del dolor lumbar.(22)

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO.

- Es importante comunicar el buen pronóstico del padecimiento y la inexistencia de patología grave, aclarando la falta de utilidad al uso de estudios de gabinete y la trascendencia de continuar con la actividad física.
- Recalcando en individuos con dolor lumbar ya sea agudo, subagudo o crónico mantener actividades de la vida diaria, incorporándose a la vida laboral toda vez que el dolor lo conceda.
- Indicar al paciente con lumbalgia aguda inespecífica llegar a una cita médica entre la segunda y cuarta semana de establecido el manejo con el propósito de estimar la respuesta terapéutica.
- Asesorar al enfermo en relación a la vigilancia, asistir a una cita médica si no existe mejoría en el manejo implementado y ante intenso dolor que se mantiene, recae o avanza.
- Dentro de las intervenciones de prevención probablemente efectivas:
  Actividad física, ejercicios aeróbicos, fortalecer músculos extensores de espalda, evaluación de los factores psicosociales y de la satisfacción laboral. (9)

Podemos mencionar algunos trabajos acerca del apego a las guías de práctica clínica realizadas en clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social como las siguientes:

1.-El “apego a la guía de práctica clínica de control prenatal con enfoque de riesgo en pacientes embarazadas de la unidad de medicina familiar No 1” en Orizaba, Veracruz; concluyendo en que no se apegaban a la (GPC) y no cumplían con el objetivo de otorgar una orientación para la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones que evitaran que alcancen una morbilidad e incluso mortalidad materna. (24)

2.- “Grado de apego a la guía de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad renal crónica temprana en pacientes con Diabetes tipo 2” concluyendo que el grao de apego a las guías por parte de los médicos familiares era bueno para la identificación de los factores de riesgo y proporcionar un tratamiento farmacológico como no farmacológico, regular para envíos a segundo nivel de atención y malo para establecer un diagnóstico y estadio de la enfermedad renal crónica, llegando a tener un apego del 50%.(25)

3.- El trabajo realizado como “Apego a la guía de práctica clínica para el manejo del dolor lumbar en pacientes referidos de primer nivel al servicio de urgencias adultos del Hospital General Regional No25 en México, D.F, donde concluyen que el grado de apego a las guías de práctica clínica de lumbalgia era bajo, notando que los pacientes no eran protocolizados en diagnostico no en tratamiento por parte de las unidades de primer nivel. (26)

JUSTIFICACION.

La lumbalgia se ha convertido en un padecimiento de seguimiento epidemiológico a nivel mundial, se estima que afecta alrededor del 27 % de la población adulta. En el año 2008 México contaba con 105 millones de habitantes, por lo que se puede estimar que 28 millones de mexicanos presentaban este padecimiento. En la unidad de medicina familiar No 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; se reportaron en el año 2016, 1425 pacientes con dicho diagnóstico de ellos 678 pertenecían al sexo masculino y 747 al sexo femenino lo que nos da una idea de la importancia de tratar este padecimiento de forma puntual y objetiva con la finalidad de frenar el ausentismo laboral y con ello disminuir las incapacidades médicas que esta patología conlleva.

Existe una guía de práctica clínica (guía de Práctica Clínica número 045-08) fungiendo como una estrategia para mejorar la calidad de la práctica médica en la implementación adecuada de la misma para que se otorgue un manejo correcto a los pacientes y modificar positivamente la historia natural de la enfermedad, los médicos deben tener el conocimiento sobre los factores de riesgo que pueden ser modificables y por lo tanto aplicar las medidas de prevención primaria y secundaria individualizando cada caso.

Conociendo el grado de apego a las guías de práctica clínica y la capacitación a los médicos sobre el tema se impactara positivamente en retardar y/o minimizar la evolución de la lumbalgia hacia una discapacidad brindando una atención oportuna.

Por lo que el presente trabajo tiene como finalidad puntualizar cuales son las deficiencias en la atención médica para generar un cambio positivo que indudablemente se reflejara en la atención y duración de la patología.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La lumbalgia se ha convertido en un importante problema de salud pública a nivel mundial por su alta prevalencia en la población económicamente activa y la no activa, generando un incremento en el uso de recursos y pérdidas en días de trabajo. *"Se estima que el 60-70% de las personas adultas presenta un episodio de síndrome doloroso lumbar a lo largo de su vida"* y existe evidencia de que representa una de las principales causas de limitación física en sujetos menores de 45 años.

Llama la atención el alto número de consultas en las distintas instituciones de salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) no es la excepción, a este respecto en la Unidad Médica Familiar No13 de Tuxtla Gutiérrez existe una alta prevalencia de esta patología lo que nos da una idea de la magnitud de este problema de salud en la población derechohabiente. Conocer en qué medida los médicos familiares llevan a cabo el apego a las recomendaciones puntuales y específicas de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, manejo y tratamiento de la Lumbalgia nos dará un panorama fidedigno de las causas prevenibles y modificables que serán de ayuda para mejorar el estado de salud del paciente, disminuyendo los riesgos de secuelas y procedimientos quirúrgicos innecesarios.

En relación con lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el apego a la Guía de Práctica Clínica de lumbalgia en la Unidad de Medicina Familiar No 13, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

OBJETIVOS.

Objetivo general

- Conocer el apego a la Guía de Práctica Clínica de lumbalgia en la Unidad de Medicina Familiar No 13, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Objetivos específicos

- Conocer la edad y sexo del paciente con patología de lumbalgia.
- Describir el promedio de días de incapacidad otorgado a los pacientes con diagnóstico de lumbalgia en el primer nivel de atención
- Determinar en qué apartado de la cedula de evaluación para la lumbalgia tienen menor apego los médicos familiares.

HIPOTESIS

- El 80% de los expedientes revisados no tienen apego a la GPC de lumbalgia.
- La edad de los pacientes oscila entre los 40 – 50 años así como el sexo masculino es el más afectado.
- El promedio de días que un paciente es incapacitado por diagnóstico de lumbalgia es de 3 días.
- El apartado en el que existe menor apego por los médicos familiares es el referente a los criterios de referencia a segundo nivel de atención.

MATERIAL Y METODOS.

Diseño del Estudio: Descriptivo, observacional, Retrospectivo y Transversal.

Lugar de Estudio:
Unidad de Medicina Familiar: UMF 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Universo
Expedientes clínicos electrónicos de pacientes atendidos en la UMF 13 con diagnóstico de lumbalgia en el año 2016

Periodo de Estudio:
01 Abril del 2017 a 30 de Diciembre 2018

Periodo de Recolección de datos:
01 Diciembre 2017 a 30 Abril 2018

Tipo de Muestreo: Probabilístico aleatorio simple

Tamaño de la Muestra:

250

$$n = \frac{N \times Z_a^{\,2} \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_a^{\,2} \times p \times q}$$

N= $\underline{1425 \times 1.96^2 \times 0.27 \times 0.73}$

$(0.05)^2 \times (1425-1)+1.96^2 \times 0.27 \times 0.73$

N= $\underline{1{,}078.98}$

$356+ 3.8416 \times 27 \times 73$

N= 1,078

3.56 + 0.7568

N= 250

En donde:

N = tamaño de la población: (1,425)

Z = nivel de confianza: (1.96)

P = probabilidad de éxito o proporción esperada: (0.27)

Q = probabilidad de fracaso: (1- 0.27)

D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción): (0.05)

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión:

- Expedientes clínicos de Pacientes atendidos por diagnóstico de lumbalgia en la UMF No13 del 25 de Diciembre 2015 – 25 Diciembre 2016.
- Expedientes de pacientes con diagnóstico de lumbalgia sexo indistinto.
- Expedientes de pacientes con diagnóstico de lumbalgias con historia clínica.

Criterios de exclusión:

1. Expedientes de pacientes con comorbilidades que puedan tener repercusión sobre el sistema musculo esquelético.
- Expedientes de pacientes con diagnóstico de lumbalgia y tumores óseos.

Criterios de eliminación:

- Expedientes clínicos con datos incompletos.
- Pacientes que perdieron o les dieron de baja como derechohabientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo del estudio.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Variable	*Tipo de variable*	*Definición conceptual*	*Definición operacional*	*Indicadores*
Apego a las Guías de Práctica Clínica.	Cualitativa nominal	Aprecio o inclinación especial por algo o alguien.	Cumplir con las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de lumbalgia de acuerdo a la cédula de verificación.	Si existe apego No existe apego.
Edad del paciente	Cuantitativa Discreta	Tiempo que ha vivido una persona, contando desde su nacimiento.	Años cumplidos que refiera el médico.	Edad en años (35, 40, 45,50.55….)
Sexo del paciente	Cualitativa nominal	Condición fenotípica que distingue al masculino del femenino	Se obtendrán las particularidades fenotípicas de la persona entrevistada.	Masculino. Femenino
Incapacidad médica.	Cualitativa Nominal.	el reconocimiento de la prestación de tipo económico y pago de la misma que hacen las empresas a sus afiliados cotizantes no pensionados, por todo el tiempo en que estén inhabilitados física o mentalmente para desempeñar en forma temporal su profesión u oficio habitual.	Incapacidad plasmada en el expediente clínico justificado por la patología de lumbalgia.	Si No
Número de días de incapacidad	Cuantitativa discreta	Asignación numérica a una lesión provocada por un accidente laboral o padecimiento profesional.	Al número de días destinados para tal padecimiento	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se ingresaron los datos al programa estadístico informático IBM SPSS versión 22 para Windows. Procediendo al análisis para su interpretación en los resultados determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado, a través de medidas de tendencia central y estadística descriptiva, Los resultados se presentaron en gráficas y tablas de frecuencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Se inició haciendo mención de las variables sociodemográficas del paciente identificando el sexo y la edad, si amerito o no incapacidad médica y el número de días otorgados para tal padecimiento.

La cédula de verificación de Guía de Práctica Clínica comprende cinco segmentos: En el primer segmento se obtendrán datos específicos del paciente con diagnóstico de lumbalgia como son: factores de riesgo (obesidad, sedentarismo, asociado a posiciones viciosas, cargar objetos pesados en posiciones incorrectas), y la presencia de alteraciones psicosociales (depresión, ansiedad, insomnio, estrés laboral). Elaboración de historia clínica, actividad que desempeña, identificar el lugar del dolor, identificar el tipo de dolor, investigar la presencia de paresias, fracturas, retención urinaria, síntomas neurológicos, dolor de origen inflamatorio, apoyo de estudios de imagen justificados a la patología, apoyo de estudios de laboratorio siempre que se sospeche de dolor de tipo inflamatorio.

El segundo segmento tendrá el tratamiento Farmacológico, donde evaluará la prescripción de paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos, miorelajantes, opiáceos, antidepresivos, esteroides, infiltraciones epidurales y facetarías y el uso de vitamina B.

El tercer segmento corresponde al tratamiento no farmacológico donde se informara y educara al paciente sobre las medidas higiénicas posturales, se recomendara que el reposo en cama debe estar limitado a no más de 2 días, no se puede recomendar el masaje como terapia única en la lumbalgia, recomendar la utilización de calor local, informar al paciente de suspender cualquier actividad o ejercicio que cause aumento de los síntomas, recomendar ejercicios de fortalecimiento de la

musculatura abdominal y lumbar entre 2 y 3 veces por semana, informar que las fajas no están recomendadas para evitar la aparición del dolor en la lumbalgia.

El cuarto segmento corresponde a los criterios de referencia, en donde se referirá a segundo nivel a todo paciente con dolor lumbar o radicular asociado a signos de alarma para establecer un diagnóstico diferencial y establecer un tratamiento oportuno, referir a todo paciente que ha presentado dolor durante más de 4 – 6 semanas a pesar de tratamiento adecuado, enviar a la especialidad de reumatología al paciente con dolor lumbar de características inflamatorias, aquel que presente artritis periférica, elevación de reactantes de fase aguda y alteraciones radiográficas en la columna dorso lumbar y/o sacro iliacas, remitir con medico de rehabilitación a los pacientes con dolor lumbar recurrente o que presentan una lumbalgia crónica mayor a 12 semanas, se recomienda enviar al paciente a la especialidad de neurología a todo paciente con dolor de más de 6 semanas de características atípicas, déficit neuromotor nuevo o progresivo.

El quinto segmento será el de vigilancia y seguimiento donde se recomendara en pacientes con dolor lumbar agudo, subagudo y crónico continuar con las actividades de la vida diaria, incluyendo la incorporación al trabajo siempre que el dolor lo permita, instruir al paciente regresar a la consulta, cuando no haya mejoría con el tratamiento establecido y ante dolor intenso que persista empeore o progrese, considerar los factores predictores de cronicidad como edad mayor de 50 años, dolor irradiado, presencia de Lassegue, incapacidad producida por el dolor al inicio el episodio, depresión y aislamiento social o alta demanda física en el trabajo.

Es una cedula de verificación validada por el Instituto Mexicano del Seguro Social en español, desde el punto de vista cultural, lingüístico y psicométrico.

DESARROLLO DEL PROYECTO

El protocolo se sometió a revisión del Comité Local de Investigación y Ética número 3005 del Hospital General de Zona No. 24 de Poza Rica Veracruz para que luego de su aceptación se registre en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación para su aceptación final.

Una vez registrado se giraron los oficios correspondientes para que el director y coordinadores de la consulta externa de ambos turnos de la unidad médica brinden todas las facilidades para la realización del estudio.

La cédula de verificación de datos se aplicó al expediente clínico electrónico de cada paciente con ayuda del programa SIMF de la Unidad Médica Familiar No 13.

Una vez obtenidos los datos se realizó una base de datos con ayuda del programa estadístico IBM SPSS versión 22 para Windows y se procedió al análisis correspondiente.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

Recursos humanos:

1. Un asesor metodológico.
2. Un asesor de contenido
3. Un médico residente de primer año de la especialidad en Medicina Familiar.

Recursos materiales:

Lápiz

Goma

Sacapuntas

Hojas blancas

Encuestas

Computadora

Recursos financieros:

Recursos propios del Investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de investigación tuvo apego a la Ley General de Salud, de igual forma fue evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social del Hospital General de Zona No. 24 de Poza Rica, Veracruz, donde se analizó su factibilidad y realización, con registro SIRELCIS R-2018-3005-23.

De acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (Secretaria de Salud actualización 2014); En su título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. La presente investigación se considera sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 1, Investigación sin riesgo.

Para proteger la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no llevara nombre ni dirección, antes de aplicarlo se brindara una explicación que pueda ser comprendida, sobre la justificación y objetivos de la investigación, realizar cualquier pregunta, y aclaración a cualquier duda del procedimiento, beneficios y otros puntos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se formen prejuicios para continuar con su forma de trabajo según las fracciones I, VI, VII y VIII.

Con respecto al consentimiento informado, se estableció lo determinado en el Artículo 23 del mismo reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”.

Este estudio tuvo base en los doce principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas” Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre

de 1983, la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989, la 48 Asamblea General Somerset Wets, Sudáfrica, Octubre 1996, la 52 Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota d Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, la 59 Asamblea General, Seúl, Corea, Octubre 2008 y la 64 Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 250 expedientes de pacientes con diagnóstico de lumbalgia que cumplieron con los criterios de selección en las fechas comprendidas del 25 de Diciembre del 2015 al 25 de Diciembre 2016 que acudieron a la consulta externa de la UMF No. 13, con la finalidad de medir el apego a la Guía de práctica clínica de lumbalgia. Los resultados obtenidos son los siguientes:

1.- Características Sociodemográficas.

Teniendo en cuenta la edad se muestra una mínima de edad de 35 años y máxima de 59 años, con una media correspondiente de 43.24 años así como una desviación estándar de ± 6.799. Con respecto al género, hubieron 103 masculinos (41.2%) y 147 femeninos (58.8%). Ver Tabla 1

Tabla 1. Distribución por Género

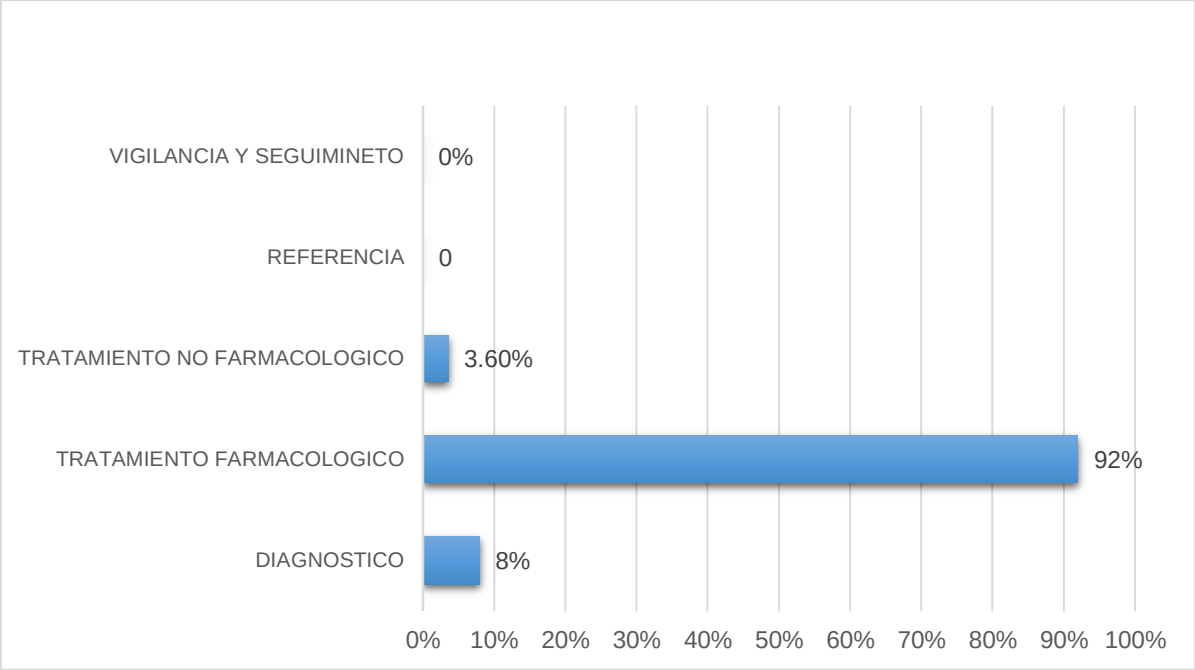
Género	N	%
Masculino	103	41.2
Femenino	147	58.8
Total	250	100.0

Fuente. Expedientes clínicos revisados dentro del SIMF "Apego a la guía de práctica clínica de lumbalgia en la UMF No 13"

En cuanto a los días de Incapacidad otorgados del total de expedientes analizados; 37 de ellos recibieron incapacidades. El mínimo de días fue de 1, el máximo de 7, con un promedio de 2.41 días de incapacidad y una desviación típica de ± 1.4.

Se revisó cada uno de los Ítems que componen la cedula de evaluación: apartado diagnóstico, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico, criterios de referencia, vigilancia y seguimiento; se observa que el rubro donde hubo mayor apego a la cedula de evaluación de expedientes de lumbalgia fue el de tratamiento farmacológico con un 92%, siguiendo el tratamiento no farmacológico con un 3.6%,

criterios de referencia con 1.2%, Vigilancia y seguimiento 0% y referencia en 0%. Ver tabla 2.



Fuente. Expedientes clínicos revisados dentro del SIMF "apego a la guía de práctica clínica de lumbalgia en la UMF No 13"

Al analizar el apego que se tiene a la Guía de Práctica Clínica (GPC) de lumbalgia tomando como base la Cedula Única de Evaluación del Expediente clínico (CUEP) encontramos que el 100% no se apegan.

DISCUSIÓN

La lumbalgia está definida como un dolor a nivel de la columna vertebral principalmente a la altura de T12 a L5, existiendo dos tipos de lumbalgia, la mecánica y la inflamatoria, la primera se presenta con la actividad física y cede con el reposo y generalmente es producida por alteraciones locales de la columna vertebral, la lumbalgia inflamatorio el dolor se presenta de manera intermitente, disminuyendo con la actividad física pero aumentado con el reposo.

Sin embargo el dolor lumbar se puede presentar por contracturas musculares, lesiones por micro traumatismos repetidos, lesiones de los discos intervertebrales y lesiones de los nervios generalmente por hernias discales o estrechamientos del canal vertebral.

La lumbalgia es considerada un problema de salud pública en México siendo uno de los diez primeros diagnósticos establecidos en la consulta del médico general y familiar en las unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de nuestro país. Estimándose que alrededor del 50% de las personas en edades laborales sufren un episodio de lumbalgia y que aproximadamente el 80% de la población en general padecerá al menos un cuadro agudo de la misma.

El reposo prolongado de esta patología se debe limitar a no más de 1 a 2 días, con dolores lumbares de larga evolución se aconseja eliminar los factores de riesgo como el sobrepeso, implementar programas de ejercicio con el objetivo de reforzar la musculatura lumbar.

Al analizar los resultados del presente protocolo en los expedientes clínicos de la unidad de medicina familiar No 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas en el año 2016 y con ayuda de la cedula única de evaluación de expedientes clínicos sobre el apego a la guía de práctica clínica de lumbalgia observamos que no existe apego a las recomendaciones planteadas en la cedula única de evaluación de lumbalgia en los apartados de diagnóstico, tratamiento no farmacológico, tratamiento farmacológico, referencia, vigilancia y seguimiento , lo que puede representar el desconocimiento

por parte de los médicos sobre la cedula única de evaluación de lumbalgia u omitir registrar los datos en el expediente clínico.

Se registró un amplio margen de edad correspondiendo principalmente a edades laborales, lo que se traduce en repercusión económica tanto para el paciente como para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ya que requerirán de incapacidades temporales e ingresos frecuentes a la institución a lo largo de la enfermedad.

La edad mínima fue de 35 años y la máxima de 59 con una media de edad de 43 años que comparándolo con un estudio realizado en México sobre el apego a la guía de práctica clínica para el manejo del dolor lumbar en pacientes referidos de primer nivel al servicio de urgencias del Hospital General Regional No. 25 del IMSS elaborado en México, D.F. en Enero del año 2010 observando una media de edad de 49 años coincidiendo estar presente en edades laborales, trayendo consigo repercusiones económicas tanto para el paciente como para el IMSS en el ámbito económico así como incapacidades temporales y múltiples consultas en la evolución de la enfermedad.

En lo que respecta al género se observó un mayor porcentaje en el género femenino de 58.8% caso similar comparándolo con el estudio antes mencionado que para el género femenino fue de 51%.

Comparándolo con un estudio retrospectivo en el hospital militar en el periodo de 1997-2000 elaborado por el Dr. Mario Roberto Pinto, Cantón Barbosa y Wong Sánchez acerca de lumbalgia la edad más frecuente fue de 31 – 45 años, caso contrario con respecto al género donde el masculino predomino en un 60.1%.

Al comparar las edades con un estudio de lumbalgia laboral escrito por el Dr. Francisco Quesada Brenes de Medicina legal de Costa Rica las edades oscilaron entre los 22 y los 66 años, con un promedio de edad de 41 años.

Se observa en lo que respecta las incapacidades otorgadas por el padecimiento de lumbalgia en los 250 expedientes analizados que 37 personas requirieron de incapacidad siendo 1 día el mínimo y 7 días el máximo con un promedio de 2.41días

de incapacidad caso contrario al compararlo con un estudio realizado en el 2017 por el Dr. Francisco Quesada Brenes en lumbalgia laboral donde menciona como un mes el tiempo asignado a tal padecimiento.

Observando en el apartado de tratamiento farmacológico de la cedula de verificación de guía de práctica clínica de lumbalgia ser donde existe mayor apego por los médicos de la UMF No. 13, con un 92% al compararlo con el estudio realizado en México, D.F. titulado apego a la guía de práctica clínica para el manejo del dolor lumbar en pacientes referidos de primer nivel al servicio de urgencias Adultos del HGR 25 IMSS. Fue el que más estuvo ausente.

CONCLUSIONES.

1. No existe apego a la guía de práctica clínica de lumbalgia por parte de los médicos de la UMF No. 13.
2. La edad de presentación de la lumbalgia está en edades laborales. Con una media de 43 años.
3. El género femenino es el más afectado.
4. La incapacidad por lumbalgia como máximo son 7 días.
5. El apartado de la cedula de verificación de Guía de práctica clínica de lumbalgia donde se observó mayor apego es el de tratamiento farmacológico.

RECOMENDACIONES.

- Realizar nuevamente la revisión de la guía de práctica clínica de lumbalgia con los médicos familiares de la UMF No. 13
- Considerar realizar talleres de exploración Lumbar en sesiones departamentales
- Realizar una mesa redonda con el especialista para juntos unificar criterios de referencia al segundo nivel.
- Proporcionar a cada médico el formato de la Cédula de Verificación de Guía de Práctica clínica de Lumbalgia.
- Integrar un comité encargado de contabilizar el progreso en la atención brindada y el apego a la guía de práctica clínica por los médicos de la UMF No13 e identificar las debilidades de cada médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Briones E, De P. Qué son las Guías de Práctica Clínica (GPC) [Internet]. Available from: http://www.fisterra.com/guias2/fmc/Queson.pdf

2. Recomendaciones EY. Diagnóstico, tratamiento y prevención de Lumbalgia aguda y crónica en el primer Nivel de atención. Available from: www.cenetec.salud.gob.mx

3. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Elías-Dib J, Reyes-Sánchez A, Sofía Rodríguez-Reyna° T. Parámetros de práctica para el manejo del dolor de espalda baja. Cirugía y Cir Cir Cir. 2011;79:286–302.

4. La carga global de la enfermedad en México [Internet]. 2016. Available from: http://www.foroconsultivo.org.mx/FCCyT3/index.php/sala-de-prensa-virtual/boletines-de-prensa/5316-la-carga-global-de-la-enfermedad-en-mexico

5. carga global de enfermedad oms [Internet]. Available from: http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/es/

6. Garz O. Carga de la enfermedad. 2012;3(2):289–95.

7. Rosales JMP. Lumbalgia ocupacional Occupational low back pain. Fisioterapia. 2012;24(monográfico 1):43–50.

8. Nom--ssa- NOM, Nacional E, Unidos E, Secretaría M. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Al [Internet]. 2012. p. 1–18. Available from: http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/NOM 004 EXPEDIENTE CLINICO.pdf

9. Consejo de Salubridad General. Diagnóstico, tratamiento y prevención de Lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención. Cat Maest Guías Práctica Clínica IMSS-045-08. 2012;1–13.

10. Cervicobraquialgia C, Dorsalgia C, Lumbociatalgia L, Desde XII. Patologia dolorosa de columna: cervicalgia, dorsalgia y lumbalgia. FMC Form Medica Contin en Aten Primaria. 2014;21(SUPPL. 2):9–35.

11. Inespec CDEL, Cl M, Recomendado N, El POR, Cient C. Manejo clínico de la lumbalgia inespecífica. 2002;28(1):1–3.

12. Discopatia y protusion discal lumbar [Internet]. 2010. Available from: read:http://www.cirugiaarticular.com/columna/discopatia-protusion-discal-lumbar/

13. EL SÍNDROME FACETARIO.

14. Barreras M. Escoliosis: concepto, etiología y clasificación. Ortho-tips [Internet]. 2011;7(2):75–82. Available from: http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2011/ot112d.pdf

15. Rodríguez a. H, Others. Estenosis de canal lumbar. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2002;46(4):351.

16. Espondilolistesis.

17. Patrick N, Emanski E, Knaub MA. Acute and Chronic Low Back Pain. Med Clin North Am [Internet]. 2016;100(1):169–81. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2015.08.015

18. Columna lumbar.

19. Forcada J, Moreno F, Bordas M. T erapéutica en APS Tratamiento de la radiculopatía lumbar. FMC Form médica Contin en atención primaria [Internet]. 2013;20(4):222–5. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072(13)70560-7

20. Rozenberg S, Foltz V, Fautrel B. Treatment strategy for chronic low back pain. Jt Bone Spine. 2012;79(6):555–9.

21. Domingo-Esteban S, Navas-Cámara FJ. Posibles beneficios de la pinza rodada en el dolor y la incapacidad en la lumbalgia inespecífica crónica.

Fisioterapia [Internet]. 2016;39(2):60–7. Available from: www.elsevier.es/ft

22. Grewal H, Grewal BS, Patel R. Nonsurgical Interventions for Low Back Pain. Prim Care - Clin Off Pract [Internet]. 2012;39(3):517–23. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2012.06.007

23. Van tulder M y col.Mejor Practs Res Clin Rheumatol.2002.

24. Escobar,C.Apego a las guías de practica clinica de control prenatal con enfoque de riesgo en pacientes embarazadas de la UMF No1[Tesis]Orizaba,Veraruz, Universidad Veracruzana;2014.

25. Valencia, M. Apego a la guía de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento oportuno de la Enfermedad Renal Crónica temprana en pacientes con Diabetes Tipo 2 en el primer nivel de atención.[Tesis] Querétaro, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Queretaro;2016.

26. Santos, P. Apego a la guía de práctica clínica para el manejo del dolor lumbar en pacientes referidos de primer nivel al servicio de urgencias Adulto del HGR 25 IMSS.[Tesis], México, D.F;2010.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	**"Apego a la Guía de Práctica Clínica de lumbalgia en la Unidad de Medicina Familiar No 13, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas".**
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica
Lugar y fecha:	Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas, Junio del 2017
Número de registro:	R-2018-3005-23
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer el apego a la Guía de Práctica Clínica de lumbalgia en la Unidad de Medicina Familiar No 13, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
Procedimientos:	Revisión de expedientes en el SIMF de pacientes con diagnóstico de lumbalgia atendidos en la UMF 13 en el año 2016
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Capacitación al médico para una derivación en tiempo adecuado a las personas con lumbalgia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si al término de la investigación
Participación o retiro:	Voluntario
Privacidad y confidencialidad:	SI

En caso de colección de material biológico (si aplica):

☐	No autoriza que se tome la muestra.
☐	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
☐	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No
Beneficios al término del estudio:	No

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Dr. Rodolfo Meza Flores.
Colaboradores:	Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón / Dra. Yunis Lourdes Ramírez Alcántara

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto	**Dr. Rodolfo Meza Flores.** Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
División de Excelencia Clínica

Cédula de Verificación de Guía de Práctica Clínica

INCAPACIDAD SI NO	
DIAS DE INCAPACIDAD OTORGADA:	
FOLIO DE INCAPACIDAD:	
No DE SEGURIDAD SOCIAL:	
EDAD Y SEXO:	

TÍTULO DE LA GPC			**Calificación de las recomendaciones**
Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Lumbalgia Aguda y Crónica, en el Primer Nivel de Atención			
POBLACIÓN BLANCO	**USUARIOS DE LA GUÍA**	**NIVEL DE ATENCIÓN**	
Hombres y Mujeres ≥ 18 años. No se abordan problemas de tipo degenerativo o metabólicos	Médico Familiar, Médico Internista, Medicina Física y Rehabilitación, Traumatología y Ortopedia, Urgencias Médicas, Medicina del Trabajo, Médico General, Médicos en formación.	Primer Nivel de Atención	**(Cumplida: SI=1/NO=0 / No Aplica=NA)**
RECOMENDACIONES			
Diagnóstico			
En la evaluación del paciente con lumbalgia, investigar factores de riesgo (obesidad, sedentarismo asociado a posiciones viciosas, cargar objetos pesados en posiciones incorrectas) y la presencia de alteraciones psicosociales (depresión, ansiedad, insomnio, esteres laboral).			
Durante la evaluación clínica, indagar el tipo de actividad laboral desempeñada, posturas utilizadas, tipo y frecuencia de los esfuerzos que se realizan.			
Identifique al paciente con dolor lumbar dentro de tres categorías: dolor bajo de espalda inespecífico, dolor lumbar potencialmente asociado con radiculopatía o dolor lumbar potencialmente asociado con enfermedad sistémica específica.			
En la primera consulta médica, elaborar semiología del dolor (localización, factor desencadenante, factores de exacerbación, factores que lo mejoran, irradiación, tiempo de evolución (aguda (< 6 semanas), subaguda (entre 6 y 12 semanas) y crónica (> 12 semanas), así como evaluar la limitación funcional, factores de riesgo laboral y signos de alarma (edad >50 años, antecedente de neoplasia, síndrome constitucional, no mejoría con tratamientos habituales, dolor en reposo, fiebre, inmunodepresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de esteroides y síndrome de cauda equina).			
Al interrogar a un paciente con lumbalgia, pone atención en identificar el tipo de dolor (mecánico/inflamatorio) e investigar datos de compromiso neurológico.			

Sospechar dolor lumbar asociado a neoplasia ante: paciente con edad >50 años, antecedente de cáncer, pérdida de peso, en aquellos que no presentan mejoría después de 4-6 semanas y en los que presentan dolor continuo o progresivo incluso en reposo.	
Investigar la presencia de **paresia** para corroborar el diagnóstico clínico.	
Suponer dolor lumbar debido a fractura, ante el paciente > 60 años, sexo femenino, con antecedente de osteoporosis, empleo crónico de esteroides y con antecedente de fractura previa.	
Es importante investigar la presencia de retención urinaria, tono de esfínter reducido, dolor en ambas piernas, déficit sensitivo-motor y anestesia en silla de montar en el paciente con lumbalgia debido **síndrome de cauda equina**.	
En pacientes con dolor lumbar irradiado o presencia de síntomas neurológicos, es adecuado realizar una exploración neurológica que incluya la prueba de Lassegue, así como evaluar sensibilidad, fuerza muscular y reflejos.	
Los datos clínicos asociados con dolor lumbar de origen inflamatorio incluyen: edad < 45 años, dolor que mejora con el movimiento, rigidez con duración mayor de 3 meses, historia de entesitis, mono u oligoartritis, uveítis anterior aguda e historia familiar de espondiloartropatías	
En la radiografía simple de columna, buscar de forma intencionada: escoliosis, alteración en las curvaturas, evaluar la forma de las vértebras, investigar fracturas, listesis, evaluar los espacios intervertebrales, la disminución de foramen oval, presencia de osteofitos y alteración en tejidos blandos.	
Pueden solicitarse estudios de imagen diagnóstica cuando estén presentes alguno de los siguientes: déficit neurológico grave o progresivo y ante sospecha de enfermedad específica, con base en la información obtenida de la historia clínica.	
La realización rutinaria de resonancia magnética y tomografía axial computada, en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma, No se recomienda.	
En pacientes con lumbalgia persistente, con signos y síntomas de radiculopatía o estenosis espinal considerar resonancia magnética y tomografía computada, únicamente si son candidatos potenciales a intervenciones invasivas: cirugía o inyección epidural con esteroides (por sospecha de radiculopatía).	
Solicitar biometría hemática completa y reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación globular) en el paciente con sospecha clínica de lumbalgia inflamatoria o sistémica y/o presencia de signos de alarma.	
Tratamiento Farmacológico	
Prescribir paracetamol como primera elección en el tratamiento de la lumbalgia aguda y subaguda inespecífica, por su mejor perfil de riesgo/beneficio.	

Cuando el paracetamol es insuficiente para alivio del dolor, se sugiere como fármaco de segunda elección, el empleo de un AINE durante períodos cortos o en la menor dosis posible. Cualquier AINE es igualmente eficaz en el tratamiento de la lumbalgia.	
La administración de opiáceos en la lumbalgia aguda No se recomienda como tratamiento inicial. En la lumbalgia aguda o crónica que no responden a paracetamol y AINE, puede asociarse los opiáceos menores durante períodos cortos de tiempo e intervalos regulares.	
Puede considerarse el uso de relajantes musculares en pacientes con dolor lumbar y espasmo muscular intenso por una duración de 3 a 7 días y no más de 2 semanas.	
Utilizar antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos, a dosis antidepresivas, en pacientes con lumbalgia crónica en los que los tratamientos convencionales fracasaron. (Debe tenerse en cuenta el perfil de efectos secundarios antes de su prescripción y que su efecto terapéutico se consigue entre las 3 y 4 semanas).	
La indicación de antidepresivos en el tratamiento de la lumbalgia aguda, No se sugiere.	
No es aconsejable la utilización de esteroides sistémicos en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico.	
No se recomiendan infiltraciones epidurales, facetarias, en puntos gatillo o intradiscales en personas con dolor lumbar subagudo o crónico inespecífico.	
No se sugiere la utilización de vitamina B en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico.	
Tratamiento no Farmacológico	
Informar y educar al paciente medidas de higiene postural por ejemplo, la forma correcta de sentarse, evitar cargar objetos pesados en posiciones inadecuadas, así como realizar ejercicios de flexión básicos con la finalidad de limitar manifestaciones clínicas de lumbalgia.	
Se recomienda que el reposo en cama debe estar limitado a no más de 2 días y únicamente como opción para pacientes con dolor grave con irradiación a miembros pélvicos. El reposo en cama por más de 4 días podría llevar al desacondicionamiento físico y no es recomendado en problemas de lumbalgia aguda.	
No se puede recomendar el masaje como terapia única en la lumbalgia aguda, subaguda y crónica.	
En pacientes con lumbalgia aguda y subaguda puede recomendarse la aplicación de calor local para el alivio del dolor. El empleo de calor está contraindicado en caso de alteraciones sensitivas, escaras, alteraciones de la coagulación y procesos neoplásicos.	
Es importante sugerir al paciente interrumpir cualquier actividad o ejercicio que cause aumento de los síntomas. Los programas de ejercicio aeróbico con mínimo esfuerzo lumbar (caminar, bicicleta, nadar) pueden iniciarse en las primeras 2 semanas en la mayoría de los pacientes con lumbalgia aguda.	
En la lumbalgia subaguda y crónica inespecífica, realizar ejercicio físico; se recomienda realizar ejercicios de fortalecimiento de la musculatura abdominal y lumbar entre 2 y 3 veces por semana.	
Las fajas lumbares no están recomendadas para evitar la aparición del dolor en la lumbalgia. El uso prolongado de fajas de soporte se ha asociado a disminución de la fuerza de contracción concéntrica y excéntrica de los flexores y extensores de columna.	
Criterios de Referencia	
Referir a segundo nivel de atención, al paciente con dolor lumbar o radicular asociado a signos de alarma para establecer un diagnóstico diferencial y establecer tratamiento oportuno.	
Enviar a segundo nivel, al paciente con dolor radicular sin signos de alarma (déficit neurológico) que persiste durante más de 4-6 semanas a pesar de un tratamiento adecuado.	

Se advierte enviar a la especialidad de reumatología al paciente con dolor lumbar de características inflamatorias, a aquel que presenta artritis periférica, elevación de reactantes de fase aguda y alteraciones radiográficas en columna dorso lumbar y/o sacroiliacas.	
Remitir al médico de rehabilitación a los pacientes con dolor lumbar recurrente o bien aquellos con lumbalgia crónica > 12 semanas.	
Se aconseja enviar a la especialidad de neurología, a todo paciente con más de 6 semanas de dolor crónico de características atípicas, déficit neuromotor nuevo o progresivo.	
Vigilancia y Seguimiento	
Se recomienda en pacientes con dolor lumbar agudo, subagudo o crónico continuar con las actividades de la vida diaria, incluyendo la incorporación al trabajo siempre que el dolor lo permita.	
Instruir al paciente regresar a consulta, cuando no haya mejoría con el tratamiento establecido y ante dolor intenso que persiste, empeora o progresa.	
Se sugiere considerar los siguientes factores predictores de cronicidad: episodios previos de dolor lumbar, edad > 50 años, dolor irradiado, presencia de Lassegue, incapacidad producida por el dolor al inicio del episodio, depresión y aislamiento social o alta demanda física en el trabajo.	
EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	0
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	0
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	0
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	0
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego a la GPC (SI/NO)	
OBSERVACIONES:	
Nombre del verificador:	

ANEXO 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

	2017									2018								
ACTIVIDAD	**ABR**	**MAY**	**JUN**	**JUL**	**AGO**	**SEP**	**OCT**	**NOV**	**DIC**	**ENE**	**FEB**	**MAR**	**ABR**	**MAY**	**JUN**	**JUL**	**AGO**	**SEP**
Planteamiento del problema																		
Elaboración del marco teórico																		
Revisión bibliográfica y protocolo																		
Revisión del protocolo por el comité local del C.L.I.																		
Aplicación de encuesta																		
Recolección de datos																		
Tabulación de resultados																		
Análisis de datos																		
Presentación de resultados																		