



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

**“LUMBALGIA CRÓNICA COMO CAUSA DE INCAPACIDAD
PROLONGADA E INVALIDEZ, EN DERECHOHABIENTES
DE LA UMF NO. 28 DEL IMSS”**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. GERONIMO SALINAS PAREDES

ASESORA
DRA. ALICIA GARCIA GONZALEZ.



MEXICO. D.F.

Febrero 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“Lumbalgia Crónica como causa de incapacidad
prolongada e invalidez, en derechohabientes de la UMF no.
28 del IMSS”

PRESENTA

SALINAS PAREDES GERONIMO

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

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

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

México, D.F.

2007

“Lumbalgia Crónica como causa de incapacidad
prolongada e invalidez, en derechohabientes de la UMF no.
28 del IMSS”

PRESENTA

SALINAS PAREDES GERONIMO

AUTORIZACIONES

DR. JOSE ANTONIO MATA MARTINEZ
DIRECTOR DE LA U.M.F. No. 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. ALICIA GARCIA GONZALEZ.
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES DEL IMSS.

DRA. ALICIA GARCIA GONZALEZ
ASESOR DE LA TESIS U.M.F. No. 21 I.M.S.S.

I N D I C E

1.-	Marco Teórico	7
1.1	Organización Internacional del Trabajo (OIT)	7
1.2	Incapacidad Médica.	12
1.3	Incapacidad Prolongada	13
1.4	Invalidez	13
2.-	Planteamiento del problema	16
3.-	Objetivo	17
3.1	Objetivo Específico	17.
4.-	Hipótesis	17
4.1	Fundamento Empírico	17
4.2	Fundamento Teórico	17
5.-	Variables de Estudio	18
5.1	Variable Independiente	18
5.2	Variable dependiente	18
6.-	Indicadores	19
6.1	Indicadores de Lumbalgia Crónica	19
6.2	Indicadores de Invalidez Parcial o Total Permanente	19
7.-	Definición de los Indicadores	20
7.1	Lumbalgia Crónica	20
7.1.1	Dolor Lumbar no Radicular	20
7.1.2	Dolor Lumbar Radicular	20
7.2	Invalidez Parcial o Total Permanente	21
8.-	Metodología	22
8.1	Tipo de Estudio	22
8.2	Población de Estudio	22
8.3	Criterios de Selección	22
8.3.1	Inclusión	22
8.3.2	No Inclusión	22
8.3.3	Eliminación	22
8.3.4	Cronograma de Actividades	23
9.-	Determinación Estadística del Tamaño de Muestra	24
10.-	Diseño Estadístico	24
10.1	Población de Estudio	25
10.2	Ámbito Geográfico	25
10.3	Periodo de estudio	25
11.-	Descripción del Estudio	25
12.-	Instrumentos de Recolección	25
13.-	Consideraciones Éticas	26
14.-	Difusión	27
15.-	Descripción de los Resultados	27
16.-	Gráficas	29
17.-	Discusión	47
18.-	Conclusiones	47
19.-	Bibliografía	48
20.-	Anexos	50

LUMBALGIA CRONICA COMO CAUSA DE INCAPACIDAD PROLONGADA E INVALIDEZ, EN DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28 DEL IMSS

Dr. Gerónimo Salinas Paredes Dra. Alicia García González

INTRODUCCION:

La lumbalgia es uno de los problemas de salud más frecuentes en atención primaria. Se presenta en 80-90% de la población adulta en algún momento de su vida, es frecuentemente recurrente.

El término de Lumbalgia es un concepto sindromático el cual se refiere a distintas causas que lo acompañan. La lumbalgia aguda se define como dolor en la parte baja de la espalda que puede irradiar a los miembros inferiores y que limita la actividad diaria durante un período inferior a los tres meses. Tiende a mejorar entre cuatro a seis semanas en 90% de los pacientes, aún sin diagnóstico etiológico. El dolor lumbar crónico se extiende más allá de los 3 meses. Los pacientes con dolor recurrente necesitan un enfoque diagnóstico y manejos similares para los diferentes episodios.

El dolor lumbar crónico y sus complicaciones que nos puede llevar a un dictamen de invalidez es causa de problema social y laboral pues gran parte de incapacidades generadas por más de 90 días repercuten gravemente en la economía Institucional.

OBJETIVO:

Evaluar si la lumbalgia crónica en derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No 28 del IMSS es causa frecuente de incapacidad prolongada e invalidez.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: retrospectivo analítico y transversal.

Población Lugar y tiempo: Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS ubicada en Gabriel Mancera y San Borja sin numero colonia del Valle en la Ciudad de México Distrito Federal. Período del junio del a diciembre 2005.

Tamaño de la muestra:

Población usuaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 que solicita atención en la consulta externa mediante cita o en forma espontánea de junio 2005 a diciembre del 2005.

Diseño estadístico:

De acuerdo a las variables del estudio se utilizará estadística descriptiva, para describir, analizar y representar los datos obtenidos durante la investigación, lo cual se llevara a cabo con el programa Excel, además de realizar cruce de variables con ayuda de los programas SPSS y EPI.

Resultados:

Una vez procesados los datos, se encontraron los siguientes hallazgos, que la lumbalgia crónica que generó incapacidad prolongada fue mayor en el género femenino que en el masculino, que el grupo de edad que alcanzó mayor porcentaje fue el de 50 a 69 años de edad.

En relación al peso, el porcentaje mayor lo ocupan los pacientes con sobrepeso, Otro dato fue el estado civil que se presenta en un mayor porcentaje mayor en individuos casados.

La ocupación que generó mayor número de incapacidad prolongada de empleados de tiendas departamentales, la antigüedad laboral fue en aquellos que se encuentran laborando más de 10 años.

La causa de la lumbalgia fue en porcentaje más alto secundaria a esfuerzo.

Se encontró que el mayor número de pacientes tuvo incapacidades menores a 90 días y sólo el 9% tenía más de 180 días.

Sólo este estudio reportó un porcentaje mínimo conformado por 3 pacientes de la muestra que derivó en invalidez,

Conclusiones:

La lumbalgia crónica, continúa siendo un problema de salud a lo que el médico familiar se enfrenta día a día con resultados poco alentadores en cuanto se ha hecho con respecto a este padecimiento, ya que continúa siendo causa de incapacidad prolongada y genera estado de invalidez, por lo que el médico familiar, está obligado a incursionar en la búsqueda de estrategias que predominantemente deben ser preventivas con la detección de factores de riesgo, para evitar el daño y si estas ya se presentan utilizar medidas de tratamiento farmacológico y no farmacológico lo más apropiadas al padecimiento de cada paciente, y reintegrarlo lo antes posible a su estilo de vida y actividad laboral.

Palabras Clave: Lumbalgia crónica, incapacidad prolongada, Invalidez.

1.- MARCO TEORICO:

Para hablar del derecho al riesgo del trabajo es necesario mencionar de manera breve la historia de los seguros sociales; los cuales surgen como una necesidad a partir del nacimiento de la clase trabajadora durante la revolución industrial, en 1883 en Alemania se instituye el seguro de Enfermedades Generales, al año siguiente el de Accidentes de Trabajo y en 1889, el de Vejez e Invalidez, promovidos por el canciller de hierro Otto Von Bismarck Alemania tiene también el mérito de haber aplicado por primera vez el concepto de "riesgo profesional" Desde 1884 garantizó a los asalariados de las empresas industriales el derecho a la reparación de los accidentes de trabajo, sin obligar a la víctima a probar la Culpabilidad del patrón. ⁽¹⁾

1.1 LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT)

La OIT fundada por la Sociedad de Naciones órgano que precede a la ONU, en su primera reunión celebrada en Washington en 1919, la OIT, adoptó dos convenios y una recomendación sobre el desempleo y la protección a la maternidad. Posteriormente se realizaron entre otros convenios y recomendaciones que trataron sucesivamente sobre la indemnización por accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales, el seguro de enfermedad, el seguro de invalidez, el seguro de vejez y el seguro de sobrevivientes, todos ellos dieron poco a poco consistencia lógica a todo el proyecto de seguridad social ⁽¹⁾

Las Incapacidades prolongadas constituyen un problema a nivel mundial por los costos que a la seguridad social le generan. Se sabe de antemano que el desfinanciamiento de la seguridad social, ha sido generado entre otras causas por el impacto del pago de los subsidios y pensiones, las incapacidades temporales para el trabajo a últimas fechas también han incidido en forma importante en esta problemática. ⁽²⁾

Otros países con sistema de seguridad social semejante al de México, han lidiado con costos generados derivados de las incapacidades prolongadas por riesgos de trabajo y enfermedad, tal es el caso de Uruguay que en los años de 1990-1991, el riesgo de enfermedad insumió el 8.8% y el 9.5% del total de erogaciones, ocupando la mayor parte invalidez, vejez y sobrevivencia con 78.3 - 80.3 respectivamente. ^{(3) (4)}

Nuestro país no escapa a esta crisis, en el IMSS las incapacidades mayores de 30 días representa un problema al destinar parte de los recursos a la atención de daños a la salud y a la prestación económica correspondiente y no a fomentar las actividades de prevención.

El problema institucional prevalente es el otorgamiento de incapacidad temporal para el trabajo tanto por riesgos de trabajo (RT) como por enfermedad general (EG) problemática multifactorial, donde el médico tratante es uno de los protagonistas. Para diciembre de 1999, se registraron en el ámbito nacional 27,198 casos, para enero y febrero de ese mismo año se presentó un incremento de 28,064 y 31,048 respectivamente de incapacidad prolongada mayores de 90 días, el promedio de días por caso fue de 208 EG Y 173 por RT. ^{(2) (5) 6).}

Además de lo anterior, se ha visto un incremento en riesgos y daños a la salud, con el consecuente deterioro de los recursos que son o deberían ser destinados a la prevención de la salud, cifras reportada en memorias estadísticas en Salud en el Trabajo, IMSS 1995- 1999 se observan 2087,796 casos por Riesgo de Trabajo, de los cuales corresponde 49, 613,493 días de incapacidad temporal con un costo promedio de 85.00 por día y un gasto total de 4,250 millones de pesos. Por su parte la incapacidad prolongada por riesgo de trabajo generó 75,502 casos con un costo promedio de 65,000 pesos y un gasto total de 5,000 millones de pesos. Sobre enfermedad general se reportó de la cifra acumulada 166, 367,982 días con un costo promedio de 50.00 pesos por día y un gasto total de 8,300.00 millones de pesos. ^{(6) (7) (8)}

Los estudios sugieren que las incapacidades prolongadas con otorgamiento inadecuado no parecen tener reducción con ciertas características del Pronósticos ni con el nivel de atención especial o antigüedad institucional del médico y tampoco con la insuficiencia de recursos, es decir, el retraso en la elaboración de proyectos de dictámenes de invalidez, involucra factores médico-técnico y administrativos propios de este proceso y trae como consecuencia un desfinanciamiento institucional producidos por los altos días de incapacidad temporal generados. ⁽⁹⁾

La falta de capacitación del médico en el proceso técnico médico o su actitud son las razones principales de que no se lleven a cabo los objetivos primordiales de los programas, al mejoramiento de la calidad de la atención médica e identificar causas médicas y no médicas para disminuir el tiempo de evolución de los padecimientos por riesgo de trabajo y enfermedad general así como sus secuelas y lograr más prontamente su reincorporación oportuna a su vida laboral de esta manera repercute en forma importante en lo económico ⁽⁵⁾
^{(9) (10)}

Las lesiones traumáticas han confirmado que las causas posibles de incapacidades prolongadas en 67% inoportunidad de envío a rehabilitación el 50% de los pacientes atendidos presentan una evolución tórpida del padecimiento. Diferimiento de 25 días en el servicio de consulta externa de ortopedia, control deficiente del paciente incapacitado por medicina familiar. ⁽¹¹⁾

El detectar oportunamente las causas médicas y no médicas y aplicar adecuadamente los programas y manuales, se evita el aumento de días de incapacidad, y esto repercutirá en la disminución de pagos inadecuados por riesgo de trabajo y enfermedad general.

Es por ello que la capacitación adecuada sobre el objetivo de los programas y manuales impactará de manera adecuada en el económico. ^{(5) (10)}

Dado que los planes y programas de mejora continua de la calidad deben contemplar la armonía entre la planeación estratégica y la administración de procesos y que ambos conceptos están orientados a entender la organización desde el punto de vista del mismo y los procesos principales como aquellos que agregan valor a los servicios; por lo que la evaluación del desempeño a través de indicadores como eficacia, efectividad, eficiencia y calidad nos muestra un panorama de manera directa en costos por RT. Y E.G. ^{(10) (11) (12) (13)}

En el IMSS las incapacidades de más de 30 días representan un problema importante ya que el otorgamiento inadecuado de incapacidades destina gran parte de los recursos a la atención de daños a la salud y a la prestación económica correspondiente.

El IMSS preocupado por mejorar la calidad en la atención médica y controlar los subsidios y pensiones por enfermedad general y riesgo de trabajo e invalidez, ha propuesto diferentes programas que evalúan dicho propósito enfocándolos desde diferentes puntos de vista, como el médico propiamente dicho a través del número de días que el asegurado tarda en incorporarse nuevamente a su ámbito laboral. ^{(10)(18) y (20)}

Otro es el económico por medio del costo de la incapacidad que se otorga, ya que de acuerdo al artículo 2 de la Ley del seguro social, el Instituto tiene como finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que en su caso previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizado por el estado. ^{(24) (15)}

El seguro de RT. en el marco de las reformas a la Ley del Seguro Social, enfatiza la facultad institucional de prevenir los accidentes y enfermedades de trabajo en los centros laborales de nuestro país, el IMSS, a través de la entonces Jefatura de servicios de medicina del trabajo, después de salud en el trabajo y de Seguridad en el trabajo, un amplio programa de actividades orientadas a proporcionar servicios de asesoría, capacitación, divulgación, investigación y de trabajo directo en empresas, bajo diversas modalidades, para impulsar la prevención de los RT. Este programa, se ha mantenido en vigencia durante los últimos 2 años y hasta la fecha ⁽²¹⁾

La lumbalgia es uno de los problemas de salud más prevalentes en la sociedad actual. De hecho, entre un 70 y un 80% de la población padece en algún momento de su vida esta patología, cuyo origen puede ser muy diverso. Pero la alta prevalencia del dolor lumbar no es el único problema asociado a esta enfermedad. La lumbalgia es la segunda causa más frecuente de ausentismo laboral, después del catarro común, y genera importantes gastos, tanto directos como indirectos.

Los gastos directos e indirectos provocados por esta enfermedad son tan elevados que en muchos países europeos están haciendo temblar los cimientos financieros de sus sistemas de salud. Por ello, la investigación sobre esta dolencia se ha convertido en una prioridad", explica el doctor Mario Gestoso. Según un estudio llevado a cabo en Estados Unidos por el Duke University Medical Center, el dolor de espalda consume en ese país más de 90.000 millones de dólares anuales en gastos sanitarios, de los cuales 26.000 están asociados directamente a su tratamiento. En referencia a las consultas que genera esta enfermedad en el primer nivel asistencial, una revisión realizada por el Clinical Standard Advisory Group, de Reino Unido, revela que un 7,2% de los adultos de este país consulta al menos una vez al año a su médico de atención Primaria sobre el problema. Cerca de dos tercios corresponden a primeras consultas, mientras que la tercera parte restante es provocada por exacerbaciones del dolor lumbar o persistencia de los síntomas asociados al mismo. El citado grupo también ha analizado el uso de medicamentos para esta dolencia. Así, establece que, de una población de 100.000 adultos, aproximadamente 5.000 reciben al año, por lo menos, una prescripción para la lumbalgia. La mayor parte de los medicamentos recetados para tratar esta patología son analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos.

Del total de usuarios a los que se les receta un fármaco para el dolor lumbar, 1.500 precisan de la terapia farmacológica durante un mínimo de 12 semanas, mientras que 3.500 son tratados a corto plazo -una media de dos semanas al año-. A los 5.000 pacientes que son tratados con medicamentos por parte de su médico deben sumarse otros 6.000 que abordan el dolor con especialidades farmacéuticas publicitarias -medicamentos que no precisan de receta médica y se utilizan bajo consejo del farmacéutico. El consumo de recursos en el área especializada por parte de los afectados por lumbalgia es también alto. Entre el 10 y el 20% de los casos de lumbalgia son derivados de Atención Primaria al especialista -especialmente al cirujano ortopédico-. Además, se estima que 3.000 de cada 10.000 adultos se someten al año a una prueba de rayos X para explorar el dolor lumbar. Para identificar la magnitud del problema que esta condición patológica representa para los sistemas de salud y la planta productiva, se debe señalar, que es uno de los 10 primeros diagnósticos establecidos en la consulta externa de medicina familiar, la prevalecía informada por autores de otros países alcanza cifras que oscilan entre 7.6 y 37 % con mayor presencia en sujetos entre 45 y 60 años de edad. Más aún, desde el punto de vista económico se indica que los gastos generados por cuidados relacionados esta patología alcanzan 50 billones de dólares anuales, la lumbalgia se identifica como la primera causa de pérdida de días laborales en trabajadores menores de 45 años y la segunda causa de ausentismo laboral solo abajo del resfriado común. Al revisar los registros estadísticos referentes a la demanda de atención Médica por lumbalgia en la unidad de Medicina familiar numero 28 del Instituto Mexicano del Seguro social de la ciudad de México DF. De enero a junio del 2005 se incrementó el número de consultas por este motivo con información registrada en el Departamento de salud en el trabajo.

Las lumbalgias aguda y crónica, se distinguen además de por su cuadro clínico característico, por la duración de la sintomatología. Cuando el dolor persiste por más de 90 días, se habla de cronicidad en este padecimiento. En contra de

lo que se ha creído durante mucho tiempo, la lumbalgia crónica no corresponde sólo a la perpetuación en el tiempo de una lumbalgia aguda, sino que ambas tienen distintos factores de riesgo y responden a tratamientos diferentes, de manera que los procedimientos que han demostrado ser eficaces para cada tipo de lumbalgia son distintos.

En general, el pronóstico de la lumbalgia crónica es más desfavorable que el de la aguda. Por eso es importante tomar tan pronto sea posible las medidas necesarias para evitar la cronicidad de la lumbalgia aguda. Así se ha intentado definir una duración del dolor correspondiente a la lumbalgia subaguda, que establece el momento en el que conviene aplicar las medidas oportunas y que por su costo no pueden aplicarse a todos los pacientes con lumbalgia aguda. Sin embargo, la definición de ese período es actualmente inconsistente y no se basa en ningún estudio científico

La influencia del dolor y las limitaciones sobre la calidad de vida se duplica en los primeros 14 días, pero no se sabe qué ocurre más allá de ese período ni si esa influencia es similar en los pacientes crónicos. Saberlo permitiría optimizar las estrategias de tratamiento, enfocándolas a mejorar la calidad de vida de los pacientes de una manera oportuna y eficiente.

El dolor lumbar y lumbociático, producido por la compresión del nervio ciático o de sus raíces, dependiendo del trayecto afectado, suponen un elevado costo social y sanitario. En esta patología pueden intervenir factores orgánicos, laborales y psicosociales que hay que valorar cuidadosamente y de forma individual.

En el dolor lumbar debe intentar llegar a un diagnóstico, pero muchas veces es difícil dada la gran variedad de causas, la mayoría de carácter inespecífico, la escasa correlación clínico-radiológica y la gran cantidad de factores que desempeñan un papel en estos casos psicológicos, sociales, laborales, etc. Aparece por un mecanismo neurológico, normalmente de origen desconocido, que causa dolor, inflamación y contractura muscular. Existen multitud de enfermedades o afecciones capaces de producir dolor agudo o crónico en la zona lumbar:

1. - Dolor lumbar mecánico: representa el 90 % de los casos, suele ser producido por sobrecarga funcional o postural: hiperlordosis, hipotonía de la musculatura abdominal, hipertonia muscular posterior o disimetrías.

2.- Dolor lumbar no mecánico: como es el caso de la patología inflamatoria: espondilitis anquilosante, espondilitis infecciosas o de tumores óseos benignos (osteoma osteoide) o malignos (mieloma múltiple, metástasis óseas), así como el producido por enfermedades óseas metabólicas.

3.- Dolor lumbar referido: como en la patología articular: caderas, sacroilíacas; las enfermedades viscerales: cólico renal y herpes zoster.

4.- Dolor ciático: la causa más frecuente es la hernia discal, aunque existen otras como espondilolisis-espondilolistesis, infecciones, neoplasias o la estenosis del canal medular. ⁽¹⁾

La lumbalgia es uno de los problemas de salud más frecuentes en la atención primaria. Se presenta en 80-90% de la población adulta en algún momento de su vida. ⁽²⁾ Es frecuentemente recurrente. La lumbalgia aguda se define como el dolor en la parte baja de la espalda que puede irradiar a miembros inferiores y que limita la actividad diaria durante un período inferior a tres meses. Tiende a mejorar entre cuatro a seis semanas en el 90% de los pacientes, aún sin diagnóstico etiológico. El dolor lumbar crónico se extiende más allá de 3 meses.

Los pacientes con dolor recurrente necesitan un enfoque diagnóstico y manejos similares para diferentes episodios, documentar el comportamiento de las variables de la lumbalgia, tratamiento médico, días de incapacidad laboral otorgados, tiempo de evolución, complicaciones de la misma así como incapacidades prolongadas que nos lleva a dictaminar una pensión por invalidez.

En la Ley del Seguro Social, artículo 41 del capítulo 111 se define como riesgo de trabajo a accidentes y/o enfermedades a las que están expuestos trabajadores en el ejercicio o con motivo de su trabajo. Artículo 42: se considera accidente de trabajo, toda lesión orgánica o perturbación funcional inmediata o anterior, o la muerte producida o repentinamente en ejercicio, o motivo de trabajo, cualquiera que sea el lugar y tiempo que se preste.

También se considera como accidente de trabajo aquel que se produce al trasladarse directamente de su domicilio al lugar de trabajo, o de este a aquél. Incapacidad médica:

1.2 Incapacidad médica:

El otorgamiento de incapacidades es responsabilidad del Instituto que tiene la facultad exclusiva de expedición de certificados con base en el artículo 123 de la Constitución Política de Estados Unidos Mexicanos, donde enfatiza la protección de la vida y la integridad física de los trabajadores en el desempeño de sus labores, las responsabilidades económicas y en especie cuando son víctimas de una contingencia derivadas de su actividad laboral y en el artículo 60 de la Ley del Seguro Social menciona que los certificados de incapacidad temporal que expide el Instituto se sujetarán a lo que establezca el reglamento relativo, y en la estricta aplicación del Reglamento para la expedición de incapacidades a los asegurados del régimen obligatorio del Seguro Social y del programa de atención prioritaria al trabajador en lo que establece la responsabilidad del médico tratante para definir diagnóstico, pronóstico y tratamiento del asegurado en un término de 7 días hábiles. ^{(14) (15) (16) (17) y (18)}

1.3 Incapacidad prolongada:

Se consideran incapacidades prolongada aquellas extendidas por más de noventa días de acuerdo con el Programa de Atención Médica (PAM), que sigue nuestra Institución. ⁽²⁵⁾ Actualmente dicho programa se denomina Programa de Prestaciones por Riesgo de Trabajo e invalidez (PRITI).

1.4 Invalidez:

Falta de validez, calidad de inválido. (Del latín invalidus) dicese del enfermo que no tiene fuerza ni puede trabajar; anciano invalido. En la Ley del Seguro Social 2005 correlacionada, dice en sección segunda del ramo de invalidez. Cuando se considera que existe invalidez para efectos de esta Ley.

Artículo 119. Para los efectos de esta Ley existe invalidez cuando el asegurado se encuentre imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al 50% de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que de esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales. La declaración de invalidez deberá de ser realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social. de la ley del seguro social (LSS) 120, 124, RSM 86.

De las prestaciones del seguro de invalidez:

Artículo 120. El estado de invalidez da derecho al asegurado, en los términos de esta Ley y sus reglamentos, al otorgamiento de las prestaciones siguientes:
I.-Pensión temporal;
II.-Pensión definitiva.

Qué es pensión temporal:

Artículo 121. Pensión temporal es la que otorgue el Instituto, con cargo a este seguro, por periodos renovables al asegurado en caso de existir posibilidad de recuperación para el trabajo, o cuando por la continuación de una enfermedad no profesional se termine el disfrute del subsidio y la enfermedad persista. Es pensión definitiva la que corresponde al estado de invalidez que se estima de naturaleza permanente.

LSS 119,120, T-1997-3-4-11-12; SM 88

Requisitos para gozar de las prestaciones del ramo de invalidez:

Artículo 122. Para gozar de las prestaciones del ramo de invalidez se requiere que

Al declararse esta, el asegurado tenga acreditado el pago de 250 semanas de cotización. En el caso que el dictamen respectivo determine que el 65 % o más de invalidez solo se requerirán que tenga acreditadas ciento cincuenta semanas de cotización, LSS 113,119, T.-1997-3-4-11-12-18; RSM 86,87

El declarado en estado de invalidez de naturaleza permanente que no reúna las semanas de cotización señaladas en el párrafo anterior podrá retirar en el momento que lo desee, el saldo de su cuenta individual del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez en una sola exhibición, LSS 159-1.

Del no derecho del disfrute de invalidez:

Artículo 123. No tiene derecho a disfrutar de pensión de invalidez, cuando el asegurado:

I.-Por si o de acuerdo con otra persona se haya provocado intencional mente la invalidez;

II.-Resulte responsable del delito intencional que originó la invalidez; y

III.-Padezca un estado de anterior a su afiliación al régimen obligatorio.

En los casos de las fracciones I y 11, el Instituto podrá otorgar el total o una parte de la pensión a los familiares que tuvieran derecho a las prestaciones que conceden en el caso de muerte y la pensión se cubrirá mientras dure le invalidez del asegurado. LSS 120, RSM 93

Derecho del Instituto de comprobar estados de invalidez:

Artículo 124. Los asegurados que soliciten el otorgamiento de una pensión de invalidez y los inválidos que se encuentren disfrutándola, deberán sujetarse a las investigaciones de carácter médico, social y económico que el Instituto estime necesarias, para comprobar si existe o subsiste el estado de invalidez. Con la finalidad de evitar simulaciones en el otorgamiento de la pensión referida en el párrafo anterior, cualquier irregularidad que se advirtiera sobre el particular por parte del Instituto, será sancionada por las autoridades correspondientes de conformidad con lo dispuesto por las normas penales que en su caso resulten aplicables.
LSS 119, 126

Cuando se inicia la pensión por invalidez:

Artículo 125. El derecho de pensión de invalidez comenzara desde el día que se produzca el siniestro y si no puede fijarse el día, desde la fecha de la presentación de la solicitud para obtenerla.
LSS 119, 124; RSM 90

Casos de suspensión de pago de pensión por invalidez:

Artículo 126. Cuando un pensionado por invalidez se niegue a someterse a los exámenes previos o posteriores y a los tratamientos médicos prescritos o abandone estos, el Instituto ordenará la suspensión del pago de la pensión. Dicha pensión subsistirá mientras el pensionado no cumpla con lo dispuesto en este artículo.

De la prevención de riesgos de trabajo:

Facultad del Instituto Mexicano del Seguro Social de proporcionar servicios preventivos:

Artículo 80. El Instituto está facultado para proporcionar servicios de carácter preventivo, individualmente o a través de procedimientos de alcance general, con el objeto de evitar la realización de riesgos de trabajo para la población asegurada.

En especial el Instituto establecerá programas para promover y apoyar acciones preventivas de riesgo de trabajo en las empresas hasta de cien trabajadores: LSS 55; RSM18, 26; LFT 132-XVI-XVII, 153-F, 490,512 al512 F

Organismos con que se coordinará el Instituto con el objeto de realizar programas para la prevención de accidentes y las enfermedades de trabajo:

Artículo 81. El Instituto de coordinará con la Secretaria del Trabajo y Previsión Social, con las dependencias y entidades de la Administración Publica Federal de las entidades federativas y concentrará, en igual forma, con la representación de los sectores social y privado, con el objeto de realizar programas para la prevención de los accidentes y enfermedades de trabajo LSS 55, 58, 80; RSM26; LFT 132-XVI-XVII, 153-F, 490,512 al512 F

De las investigaciones sobre riesgos de trabajo:

Artículo 82. El Instituto llevará a cabo las investigaciones que estime convenientes sobre riesgos de trabajo y sugerirá a los patrones las técnicas y practicas convenientes a efecto de prevenir la realización de dichos riesgos. El Instituto podrá verificar el establecimiento de programas y acciones preventivas de riesgo de trabajo en aquellas empresas que por la siniestralidad registrada, pueden disminuir el monto de riesgo de la prima de este seguro. Lss41, 55, 58, 72, 80, 83; RSM 18, 24, 26; LFT 132-XVI-XVII, 153-F490, 512 al 512F

De la cooperación de los patrones en la prevención de riesgos de trabajo:

Artículo 83. Los patrones deben cooperar con el Instituto en la prevención de riesgos de trabajo, en los términos siguientes:

I.-Facilitarle la realización de estudios de investigación;

II.-Proporcionarle datos para la elaboración de estadísticas sobre riesgos de trabajo; y

III.-Colaborar en el ámbito de sus empresas a la adopción y difusión de normas sobre prevención de riesgos de trabajo.
LSS80, 82; RSM 26; LFT132-XVI-XVII, 153 F, 490,512 al 512 F.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El dolor lumbar agudo y crónico es uno de los puntos importantes en el primer nivel de atención a nivel mundial y nacional, esta importancia deriva del hecho de que cada año se incrementa el número de pacientes que sufren dolor lumbar agudo y crónico, que en muchos casos requieren tratamiento médico y consumen cada año grandes cantidades de recursos de la atención de la salud, así como ausentismo laboral que en ocasiones en algunos pacientes se prolonga por la persistencia de su sintomatología y la limitación de las funciones, lamentablemente en muchos de los casos de dolor agudo y en la mayoría del dolor crónico el tratamiento no es eficaz y el dolor persiste ocasionando deterioro fisiológico progresivo e importantes cambios psicológicos, sociales y de conducta. En consecuencia el dolor lumbar agudo y crónico se encuentra entre las causas más frecuentes de sufrimiento e incapacidad, que deteriora la calidad de vida de muchos pacientes.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 28 se analizó el comportamiento de las Incapacidades prolongadas por riesgo de trabajo se encontró un comportamiento con tendencia más frecuente en el sexo masculino en relación al femenino sobre todo en el 2001 de masculino 68% femenino 36%, en el año 2002 masculino 54% femenino 46% así como el promedio de la edad fue de 30 a 39 años, en el 2001 promedio 35 años y en el 2002 de 39 años. En el año 2001 y 2002 el reporte de diagnósticos traumatológicos es lo que marca la pauta, siendo el área más afectada frecuentemente la columna lumbar, en cuanto a rubro de incapacidades prolongadas por enfermedad general, en cuanto a género

Se repite la predominancia de varones casi a 1:1 relación en cuanto al promedio de la edad; en el 2001 fue de 46 años y en el 2002 de 47 años en el análisis del diagnóstico más los traumatológicos tienen el 50% y de ellos el principal es el de la columna lumbar. Generando un gasto mayor en el año del 2001 con días de incapacidad 239 costo de \$311,904.08 edad promedio 44 años sexo masculino 17.05% en el año de 2002 días de incapacidad 174 costo de \$184,074.6 sexo femenino 9.3%. Por lo anterior considero de mayor importancia realizar un estudio que nos de el análisis para determinar si el dolor lumbar agudo y crónico es capaz de generar incapacidades prolongadas o la falta de manejo adecuado y el envío oportuno y la rehabilitación pudieran llevarnos a una invalidez.

Por lo antes descrito me surge la siguiente pregunta:

¿La lumbalgia crónica, es causa frecuente de incapacidad prolongada e invalidez en derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 28 del IMSS?

3.- OBJETIVO:

Evaluar si la lumbalgia crónica en derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS, es causa frecuente de incapacidad prolongada e invalidez.

3.1- OBJETIVOS ESPECÍFICO:

a).- Conocer si la lumbalgia crónica genera incapacidad prolongada e invalidez en el sexo masculino y femenino.

b).- Conocer el grupo de edad en donde la lumbalgia genere incapacidad prolongada e invalidez.

c).- Conocer la ocupación laboral que genera mayor incapacidad prolongada e invalidez.

4.- HIPOTESIS:

Este estudio por sus características no requiere de hipótesis.

4.1.- Fundamento empírico:

- Existen numerosas publicaciones relacionadas con el tema y lo que se ha encontrado es que la lumbalgia crónica es un verdadero problema de salud que le impone a la Institución cargas económicas severas.
- El dolor lumbar crónico tiene en su base un componente psico-emocional muy importante y constituye el 85% del costo por dolor lumbar.
- El mejor tratamiento del dolor lumbar crónico es la prevención.

4.2.- Fundamento teórico:

Esta indagación pretende describir cuantitativa y cualitativamente los problemas de salud de una población determinada y analizar los elementos presentados en forma tal que permitan establecer alternativas viables de solución para reorientar planes y programas, así como presentar información acerca de los daños de la salud de la población trabajadora, destacando el problema de la lumbalgia en la salud laboral de acuerdo a los indicadores propuestos, que caracterizan el proceso de salud y enfermedad en la zona de influencia y enfatizar medidas que expresan la trascendencia y magnitud de este problema de salud.

5.- VARIABLES DE ESTUDIO:

5.1.-Variable independiente:

Lumbalgia crónica.

Definición conceptual.

Lumbalgia

Dolor crónico localizado en la región lumbar. Aunque el término Lumbalgia Aguda esté aceptado y bastante extendido en la práctica diaria, realmente la aparición repentina de un dolor lumbar agudo e intenso como consecuencia de un sobreesfuerzo, movimiento forzado o cualquier otro motivo, se define como Lumbago, reservando la palabra Lumbalgia para el dolor de tipo crónico o episodios recurrentes de lumbago

Definición operacional

La lumbalgia es el dolor que se produce en la región inferior de la espalda. Esta región inferior o lumbar se compone de 5 vértebras con sus discos, raíces nerviosas, músculos y ligamentos. Las vértebras de esta región son las más grandes y soportan un mayor peso, y es un dolor crónico y recurrente.

5.2.-Variable dependiente

Incapacidad prolongada, Invalidez parcial o total permanente.

Definición conceptual

La situación del trabajador que después de haber seguido el tratamiento prescrito y de haber sido dada de alta presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral, dando lugar a distintos grados de incapacidad.

Grados de invalidez

Están en función de las reducciones anatómicas o funcionales sufridas por los trabajadores, siempre que supongan una disminución de su capacidad no inferior al 33%:

Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual.

Incapacidad permanente total para la profesión habitual.

Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo.

Invalidez total.

Definición operacional

Se entenderá por incapacidad permanente total para la profesión habitual la que inhabilite al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta. Tendrá la calificación de absoluta para todo trabajo la que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio. Si como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales el trabajador necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida la calificación es de invalidez total.

6.- Indicadores:

6.1.-Indicadores de lumbalgia crónica

- 1.- Dolor constante o progresivo, bilateral o alterno.
- 2.- Empeora por la noche y en reposo.
- 3.- Rigidez lumbar matutina.
- 4.- Limitación de los movimientos de la espalda y de la elevación de la pierna.
- 5.- Atrofia muscular, en casos avanzados.

6.2.- Indicadores de invalidez parcial o total permanente

Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual.

Incapacidad permanente total para la profesión habitual.

Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo.

Gran invalidez.

7.- Definición de los indicadores

7.1 Lumbalgia crónica

7.1.1. DOLOR LUMBAR NO RADICULAR

Es la presentación más frecuente de dolor lumbar. La molestia es regional, no se irradia y se modifica con el movimiento o con cambios de posición. Los hallazgos clínicos son escasos. En algunos pacientes se aprecia falta de acondicionamiento físico: debilidad de los músculos abdominales, acortamiento de los músculos isquiotibiales y trastorno postural. Otros pacientes experimentan una crisis dolorosa por sobreuso: son personas normales que luego de una práctica exagerada en el deporte o en el trabajo y sin un acondicionamiento previo o entrenamiento, desarrollan dolor en la parte baja de la espalda. Los hallazgos radiológicos usualmente son negativos y la presencia de signos de espondilosis, en pacientes de edad avanzada, no necesariamente explica el dolor. Para los pacientes con dolor lumbar, los factores sobreagregados como la obesidad y el tabaquismo, empeoran el pronóstico.

El paciente con lumbalgia por somatización suele presentar dolores múltiples, sin un patrón racional, con digitopresión dolorosa en casi toda su espalda, marcha y la postura atípicas, sin correlación lógica entre la evaluación motora y sensitiva. Puede manifestar hipoestesia o parestesias en toda la extremidad inferior sin seguir un dermatoma específico.

7.1.2. DOLOR LUMBAR RADICULAR

La lumbalgia con irradiación orienta al diagnóstico de patología radicular. La clínica depende del nivel de la lesión.

La hernia del núcleo pulposo ocurre en 90% de las veces en los espacios L4-L5 y L5-S1. La hernia L4 - L5 produce dolor lumbar, espasmo, escoliosis antálgica, cojera, sensación dolorosa en parte externa de la pierna, parte media del pie y en el hallux. Se encuentra debilidad dorsiflexora del pie y dedos y los reflejos osteotendinosos pueden estar normales. La hernia L5-S1 igualmente da síntomas lumbares, espasmo, dolor glúteo, molestia en parte posterior del muslo, pierna y borde externo del pie. Con frecuencia se encuentra arreflexia aquiliana y debilidad plantar flexora y en los músculos peroneos.

La lesión a nivel de L3- L4 se manifiesta en la metámera L4, que se relaciona con la fuerza del cuádriceps, el reflejo patelar y la insensibilidad en banda en la cara lateral del muslo y medial de la pierna.

Para el diagnóstico de la hernia discal, es de gran valor semiológico el signo positivo de Lassegue. Al levantar la extremidad con la rodilla extendida, se reproduce o se incrementa el dolor en la extremidad. Este es más frecuente en hernias a nivel L4-L5 y su valor diagnóstico aumenta al encontrar el Lassegue contralateral.

La discopatía crónica puede comprimir la raíz nerviosa en la unidad funcional vertebral y producir un cuadro clínico de irritación radicular, o presentar el síndrome de dolor facetario con irradiación del dolor a la cadera, a la arcada inguinal y región proximal de la extremidad.

La estenosis segmentaria por enfermedad degenerativa (canal lumbar estrecho) usualmente es bilateral, unisegmentaria o afectar varios niveles al mismo tiempo. Ocasionalmente, los síntomas radiculares en pacientes ancianos con estenosis del canal raquídeo se confunden con la claudicación vascular. La claudicación dolorosa de las extremidades de origen espinal, se agrava cuando el paciente está en posición erecta y con el tronco extendido. Estos pacientes tienen buenos pulsos periféricos (tibial posterior y pedio).

Se habla de “síndrome de cauda equina (cola de caballo)” cuando el paciente presenta además del dolor, hallazgos neurológicos en ambos miembros inferiores, compromiso esfinteriano y de la sensibilidad perineal en silla de montar.

La presentación más frecuente de la espondilolistesis es a nivel L5-S1. Existe otra forma frecuente de espondilolistesis a nivel de L4-L5 por lesión degenerativa a nivel del disco e inestabilidad segmentaria.

Desplazamientos mínimos pueden ser asintomáticos. Las espondilolistesis mayores, o sea, con deslizamientos por encima del 50% suelen ser sintomáticas y acompañadas de dolor radicular unilateral o bilateral. Algunas espondilolistesis son progresivas con el tiempo y se asocian con el colapso y reabsorción del disco intervertebral. La espondilolistesis y la espondilolisis son causales frecuentes de deformidades y de dolor lumbar radicular o no en pacientes jóvenes y adolescentes

7.2 Invalidez parcial o total permanente

- **Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual:**

Aquella que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

- **Incapacidad permanente total para la profesión habitual:**

La que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

- **Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo:**

La que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.

- **Gran invalidez:**

La situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Cada uno de estos grados en que se clasifica la incapacidad permanente dará derecho, en su caso, a la correspondiente prestación económica por incapacidad permanente.

8.- METODOLOGIA:

8.1.- Tipo de estudio:

- a).- Retrospectivo ya que el evento sucedió.
- b).- Analítico porque se llevará a cabo un análisis de los resultados obtenidos.
- c).- Transversal porque solo se llevará a cabo una medición.

8.2.- Población de estudio: derechohabientes de la UMF No. 28 del IMSS

8.3.- Criterios de selección:

8.3.1.- Inclusión:

- a).- Derechohabientes portadores de lumbalgia crónica que hayan causado incapacidad prolongada
- b).- Derechohabientes portadores de lumbalgia crónica que hayan causado invalidez.

8.3.2.- No Exclusión:

- a).- Aquellos que no acepten participar.

8.3.3.- Eliminación:

- a).- Derechohabientes que hayan establecido alguna demanda Civil o penal en contra del IMSS.
- b).- Los que cambien de unidad de adscripción
- c).- Los que fallezcan
- d).- Que no contesten la encuesta por más del 90%
- e).- Los que no entreguen la encuesta.

- **Gran invalidez:**

La situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Cada uno de estos grados en que se clasifica la incapacidad permanente dará derecho, en su caso, a la correspondiente prestación económica por incapacidad permanente.

8.- METODOLOGIA:

8.1.- Tipo de estudio:

- a).- Retrospectivo ya que el evento sucedió.
- b).- Analítico porque se llevará a cabo un análisis de los resultados obtenidos.
- c).- Transversal porque solo se llevará a cabo una medición.

8.2.- Población de estudio: derechohabientes de la UMF No. 28 del IMSS

8.3.- Criterios de selección:

8.3.1.- Inclusión:

- a).- Derechohabientes portadores de lumbalgia crónica que hayan causado incapacidad prolongada
- b).- Derechohabientes portadores de lumbalgia crónica que hayan causado invalidez.

8.3.2.- No Exclusión:

- a).- Aquellos que no acepten participar.

8.3.3.- Eliminación:

- a).- Derechohabientes que hayan establecido alguna demanda Civil o penal en contra del IMSS.
- b).- Los que cambien de unidad de adscripción
- c).- Los que fallezcan
- d).- Que no contesten la encuesta por más del 90%
- e).- Los que no entreguen la encuesta.

8.3.4 Cronograma de Actividades

Actividad	Jun 2005	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene 2006	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
Elección Tema de Protocolo.	★																			
Elaboración Protocolo	★	★			★															
Registro del protocolo ante el comité de investigación local.												★	★							
Revisión de bibliografía				★	★			★												
Revisión de expedientes												★	★							
Colección de información												★	★							
Captura de datos												★	★							
Análisis de resultados													★							
Interpretación de resultados														★						
Formulación del reporte															★					
Difusión																	★		★	
Publicación																				

Programado ★
Realizado ⚡

9.- Determinación estadística del tamaño de Muestra.

Tipo de población infinita, porque se permite el constante reemplazo de nuevas unidades de observación.

Tipo de inferencia, será realizada una estimación, el cual produce el cálculo aproximado de un parámetro expresado en porcentaje o promedio de la población.

Tipo de parámetro, de acuerdo a los objetivos del estudio la escala de medición a utilizar es una proporción o porcentaje.

Fórmula:

Cálculo de tamaño de muestra para tamaño de población conocida.

$$\text{Formula } n = \frac{N}{1 + \frac{N}{e^2}}$$

Sustitución de Valores:

n = Tamaño de la muestra

N = Población total

e = límite de error o diferencia aceptada entre el promedio poblacional y el promedio de la muestra.

$$n = \frac{101088}{1 + 101088 (0.05)^2}$$

$$n = \frac{101088}{252.7225}$$

$$n = 399.99$$

10.- Diseño Estadístico.

De acuerdo a las variables del estudio se utilizará estadística descriptiva, para describir, analizar y representar los datos obtenidos durante la investigación, lo cual se llevara a cabo con el programa Excel, además de realizar cruce de variables con ayuda de los programas SPSS y EPI.

10.1 Población de estudio:

Población derechohabiente usuaria, de Junio del 2005 a Diciembre del 2006, de la Unidad de Medicina Familiar número 28 que solicita atención en la consulta externa, mediante cita o en forma espontánea.

10.2 Ámbito Geográfico:

Unidad de Medicina Familiar 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Gabriel Mancera Y San Borja sin número colonia del Valle en la Ciudad de México Distrito Federal.

10.3 Periodo de estudio:

Junio del 2005 a Diciembre del 2006.

11.- Descripción del estudio.

Para realizar este estudio se acudió a A.R.I.M.A.C. para conocer la pirámide poblacional de la UMF No. 28, posteriormente se eligió el total de pacientes con diagnóstico de lumbalgia sin importar la edad y el sexo; en una segunda fase se seleccionó pacientes con diagnóstico de lumbalgia crónica que hubiesen generado incapacidad prolongada y estado de invalidez.

Con estos datos se dio a la tarea de seleccionar el tamaño de la muestra quedando conformada por 230 mujeres y 122 hombres. Posteriormente se entrevistaron a cada uno de los pacientes, se les explicó claramente en que consistía el estudio y todos aceptaron contestar el cuestionario de evaluación, que era una encuesta. (Anexo 2). Finalmente se hizo la recolección de datos y el análisis de los resultados.

12.-Instrumentos de recolección.

Se realizará para la investigación una cédula de encuesta, la cual se aplicará a los usuarios de la consulta de la UMF 28 de forma aleatoria en los diferentes consultorios de la unidad.

Recursos.-

Humanos:

Dr. Gerónimo Salinas Paredes
Médico general en el curso de especialización de Medicina Familiar para Médicos Generales del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Materiales:

- Encuestas
- Lápices
- Computadora
- Hojas Blancas

Financieros

La investigación será llevada a cabo con recursos del propio residente.

13.- Consideraciones Éticas.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial
Principios éticos aplicables a las investigaciones médicas que involucran seres humanos.

Adoptada por la 18va. Asamblea General, Helsinki, junio 1964 y corregida por:

29 a Asamblea General, Tokio, octubre 1975

35 a Asamblea General, Venecia, octubre 1983

41 a Asamblea General, Hong Kong, septiembre de 1989

48 a Asamblea General, Somerset West (África del sur), octubre 1996

52 a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000

De acuerdo al informe de Belmont el cual habla sobre los principios éticos y directrices para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y de comportamiento.

Principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación con seres humanos.

Principio de respeto por las personas.

1. Los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos.
2. Las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidos. Respetar la autonomía significa dar valor a las opiniones y elecciones de personas autónomas. La capacidad para hacer decisiones propias madura en el transcurso de la vida del individuo, lo que se puede perder parcial o totalmente debido a enfermedad, incapacidad mental o circunstancia que limita su libertad, por lo que requieren protección. Algunas personas necesitan protección completa (respetar sus decisiones y protegerlos del daño).

Beneficencia.

Procurar el bienestar del sujeto (se entiende como obligación del investigador).

- No hacer daño (Hipócrates)
- Acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.
- "Uno no debe lastimar a una persona, no importa que beneficios pudiera traer a otros".

Justicia.

- Los iguales deben tratarse con igualdad.
- Se debe dar a cada persona una participación de acuerdo a su esfuerzo individual, de acuerdo a su contribución social, de acuerdo a su mérito.

Con respecto a las normas institucionales, se tomara en cuenta el concepto de atención integral de la salud, mediante la articulación de todos los servicios en la unidad de Medicina Familiar, respetando los derechos del paciente, así como las obligaciones y derechos del medico.

14.- Difusión.

Los resultados serán dados a conocer en sesiones académicas en la unidad de medicina familiar No 21 del IMSS, sede de la residencia de medicina familiar para Médicos generales del IMSS y posteriormente en la UMF 28 así como en los foros regionales y nacionales de investigación, además intentaremos publicar en una revista indexada.

15.- Descripción de los resultados.

Una vez procesados los datos, se encontraron los siguientes hallazgos, que la lumbalgia crónica que generó incapacidad prolongada fue mayor en el genero femenino que en el masculino como lo muestra la gráfica 1 y 2 en una relación aproximada de 2 a 1.

Que el grupo de edad que alcanzó mayor porcentaje fue el de 50 a 69 años de edad como lo muestran las gráficas 3 , 4 y 5 en relación al peso, el porcentaje mayor lo ocupan los pacientes con sobrepeso como lo muestra la gráfica 8.

Otro dato fue el estado civil que se presenta en un mayor porcentaje mayor en individuos casados como lo muestra la gráfica 9 y 10.

La ocupación que generó mayor número de incapacidad prolongada de empleados de tiendas departamentales como lo muestra la gráfica 11 y 12.

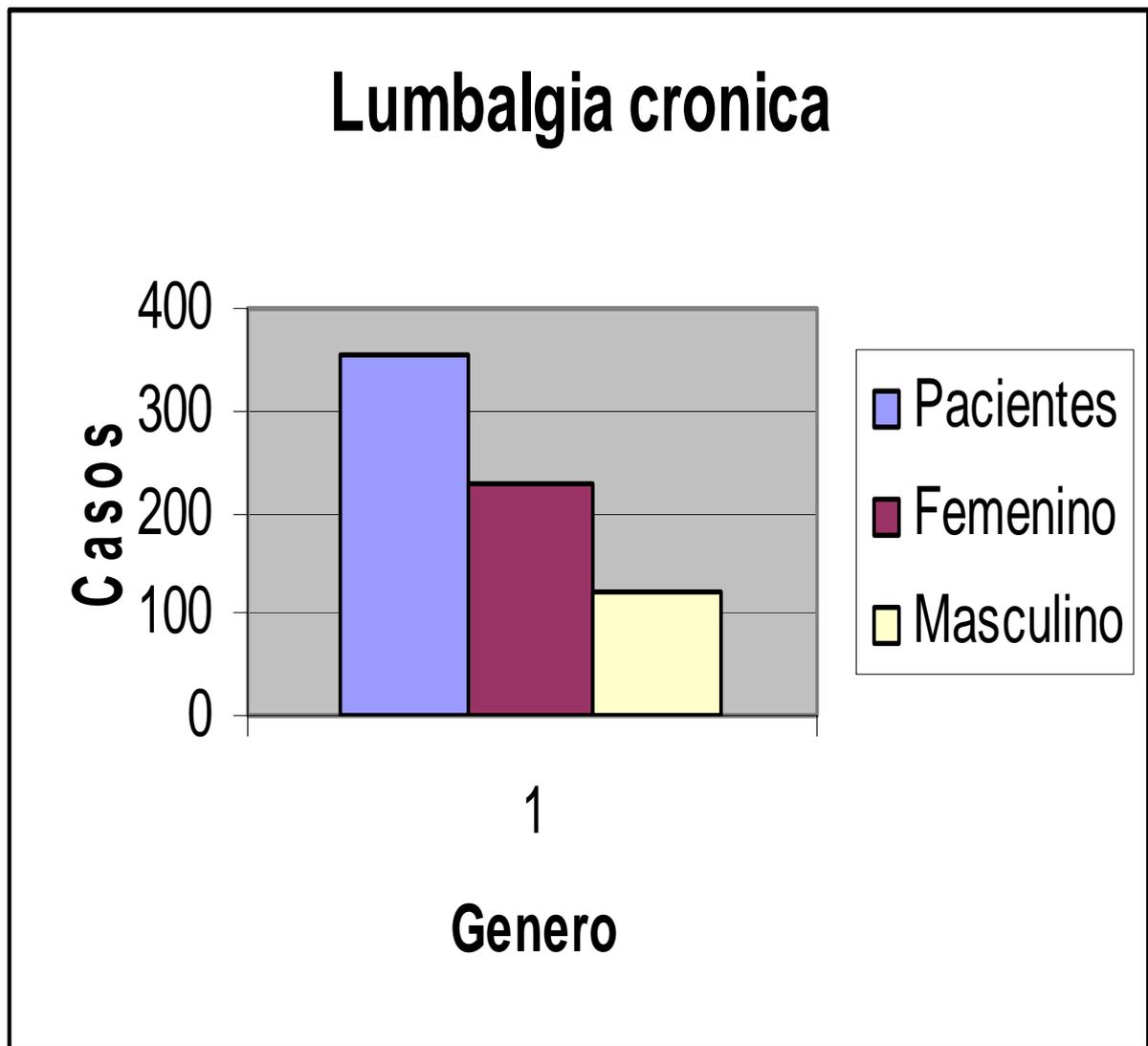
Antigüedad laboral fue en aquellos que se encuentran laborando más de 10 años como se muestra en la gráfica 13.

La causa de la lumbalgia fue en porcentaje más alto secundaria a esfuerzo como lo muestra la gráfica 14 y 15.

Se encontró que el mayor número de pacientes tuvo incapacidades menores a 90 días y sólo el 9% tenía más de 180 días como se muestra en la gráfica 16.

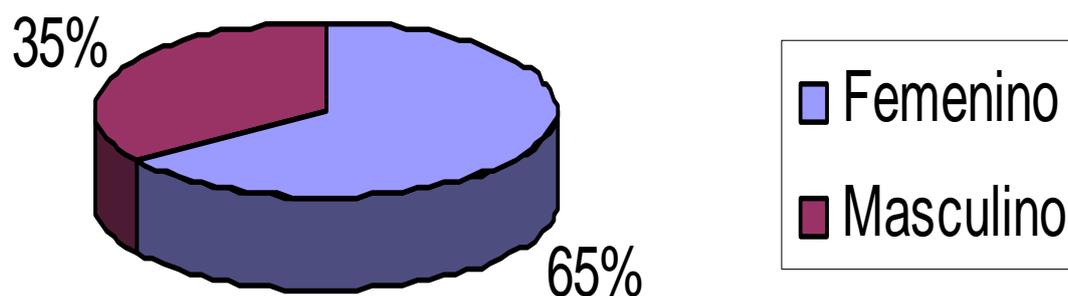
Sólo este estudio reportó un porcentaje mínimo conformado por 3 pacientes de la muestra que derivó en invalidez, gráfica 17 y 18

16.- Gráficas.



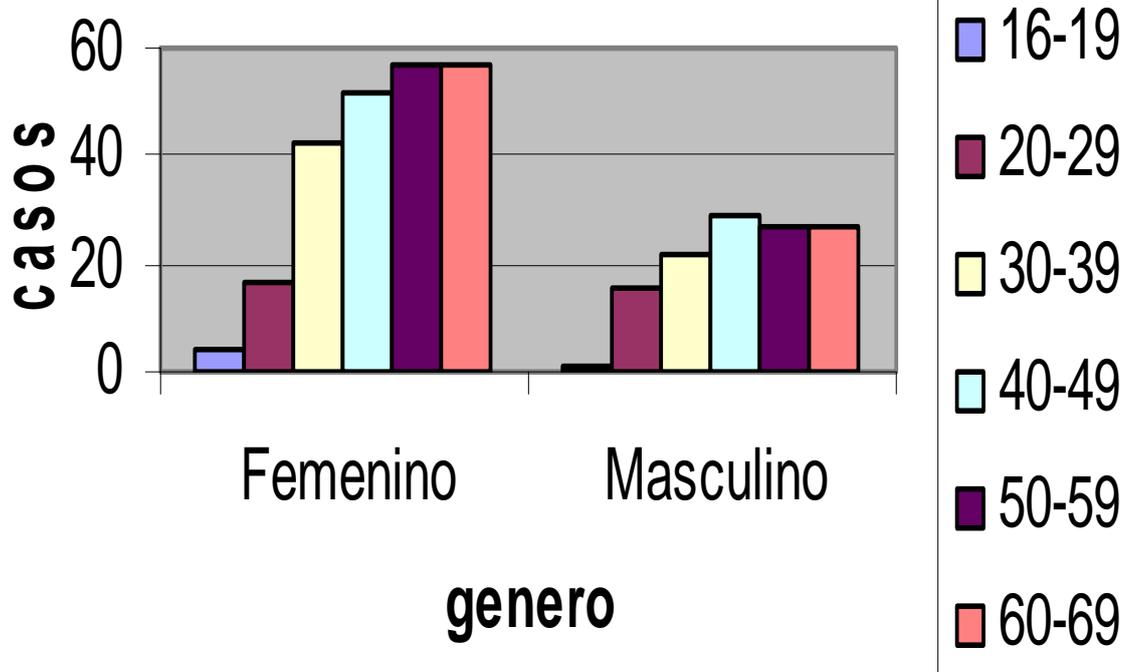
Gráfica 1.- Casos de lumbalgia crónica por género datos obtenidos de la cedula de encuesta aplicada.

Porcentaje por Genero



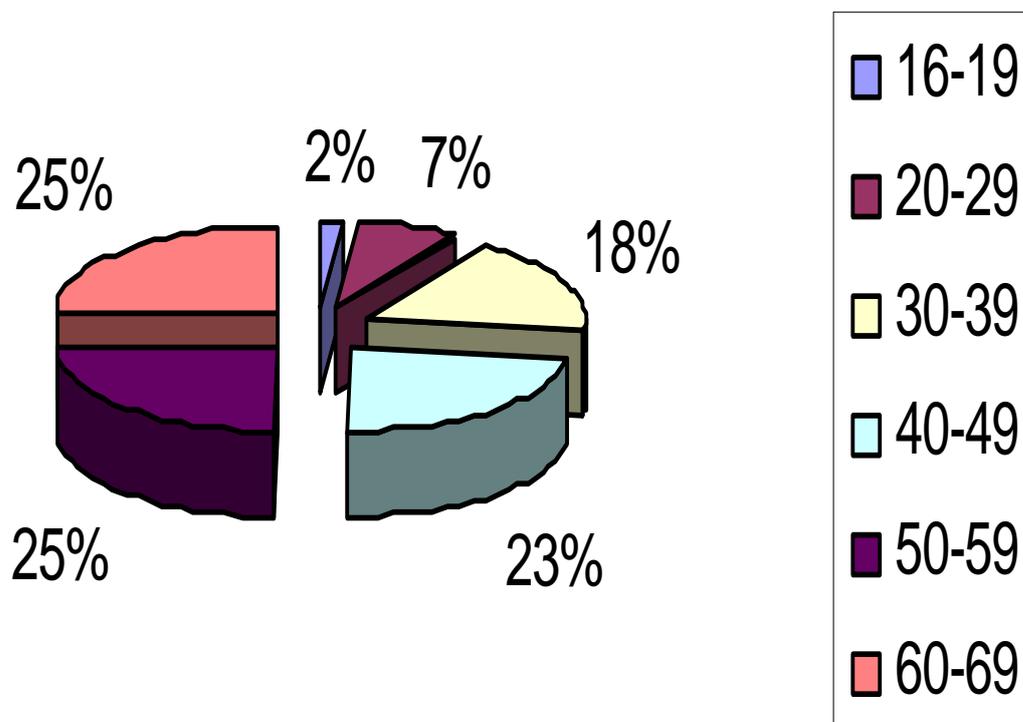
Gráfica 2.- Porcentaje de pacientes con lumbalgia crónica por género, donde se observa una relación aproximada de 2 a uno.

Muestreo por grupo Etáreo y Genero



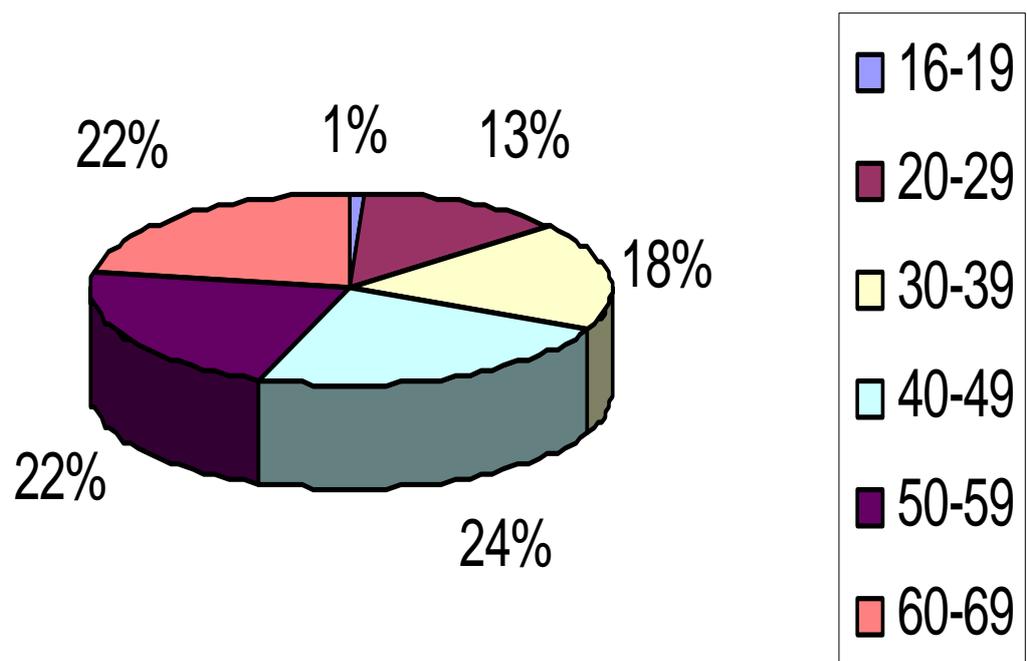
Gráfica 3.- El grupo de edad que alcanzó fue el de 50 a 69 años de edad. Datos obtenidos de la Cédula de encuesta aplicada.

Porcentaje por grupo Etáreo Femenino

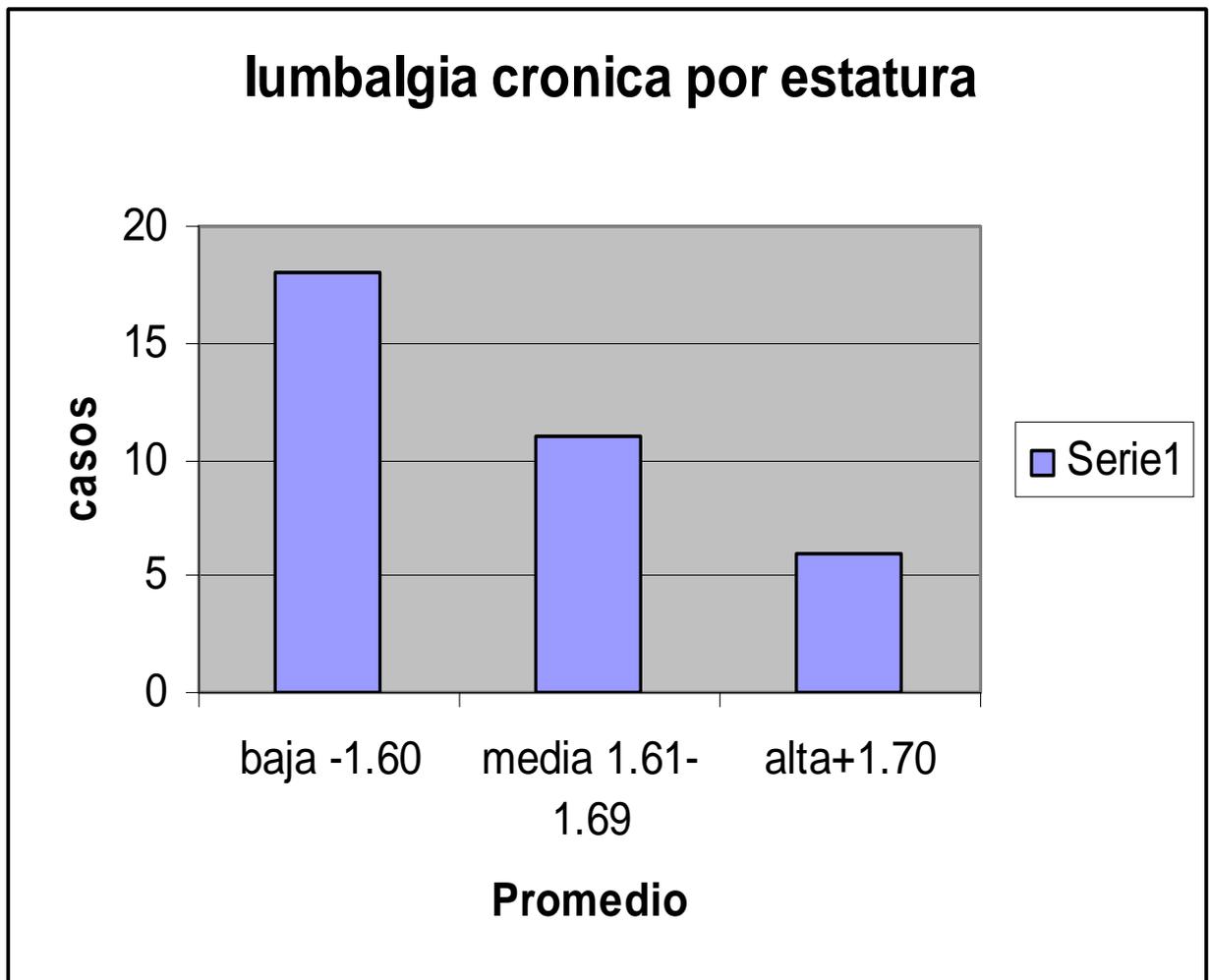


Gráfica 4.- Porcentaje de edad en el grupo femenino.

Porcentaje Masculino por grupo etáreo

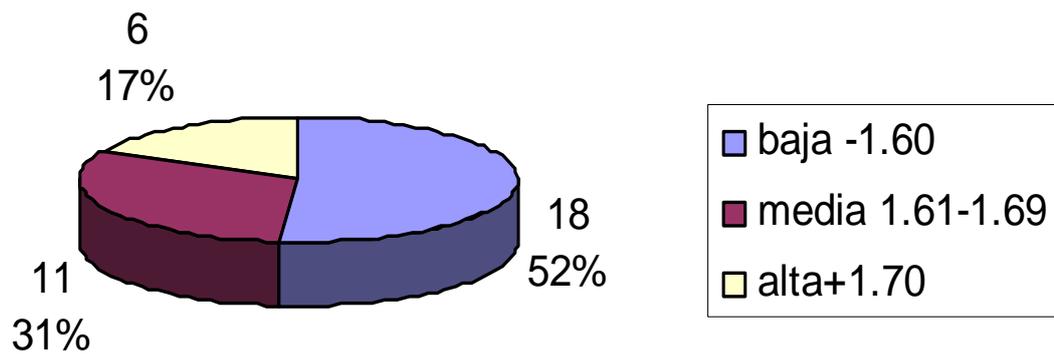


Gráfica 5.- Porcentaje de edad en el grupo masculino

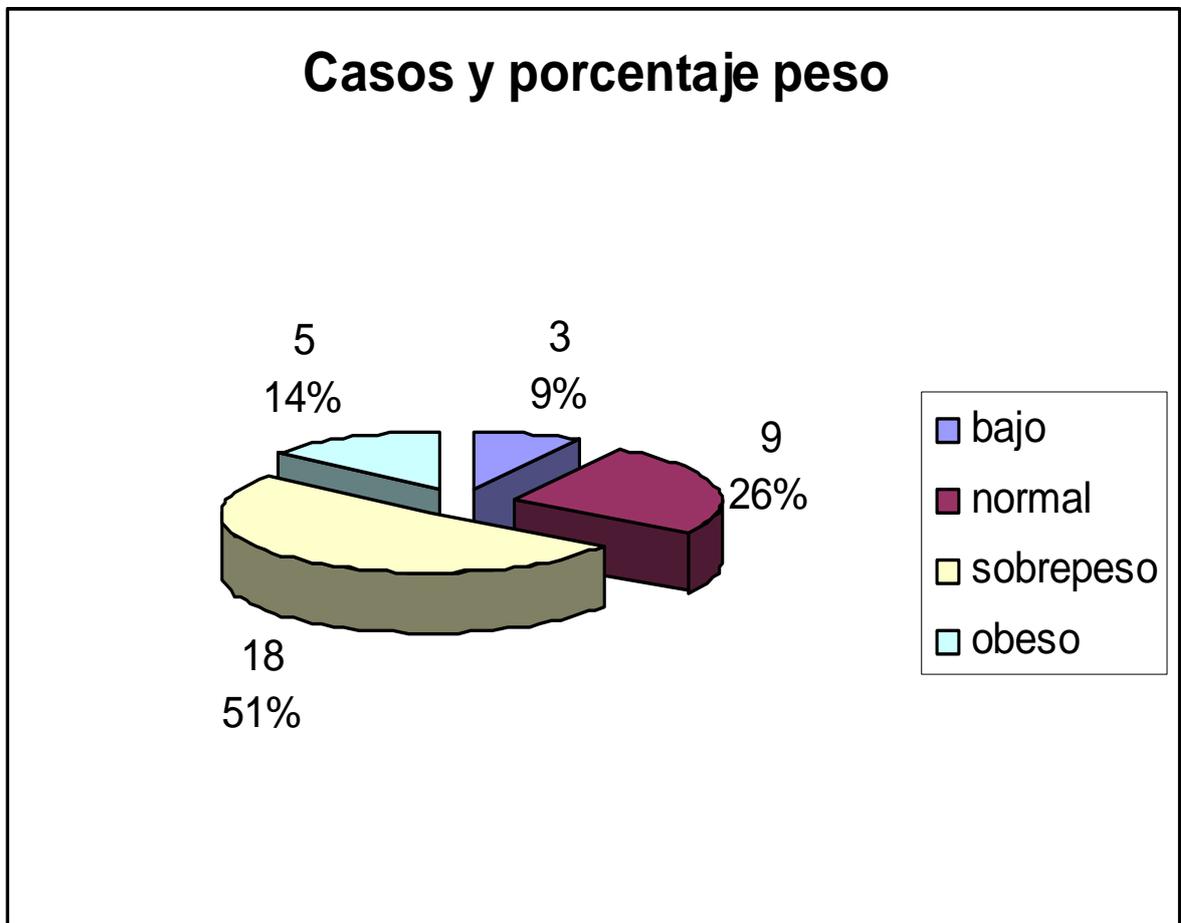


Gráfica 6.- Por estatura de lumbalgia donde se observa que es la estatura baja la predominante.

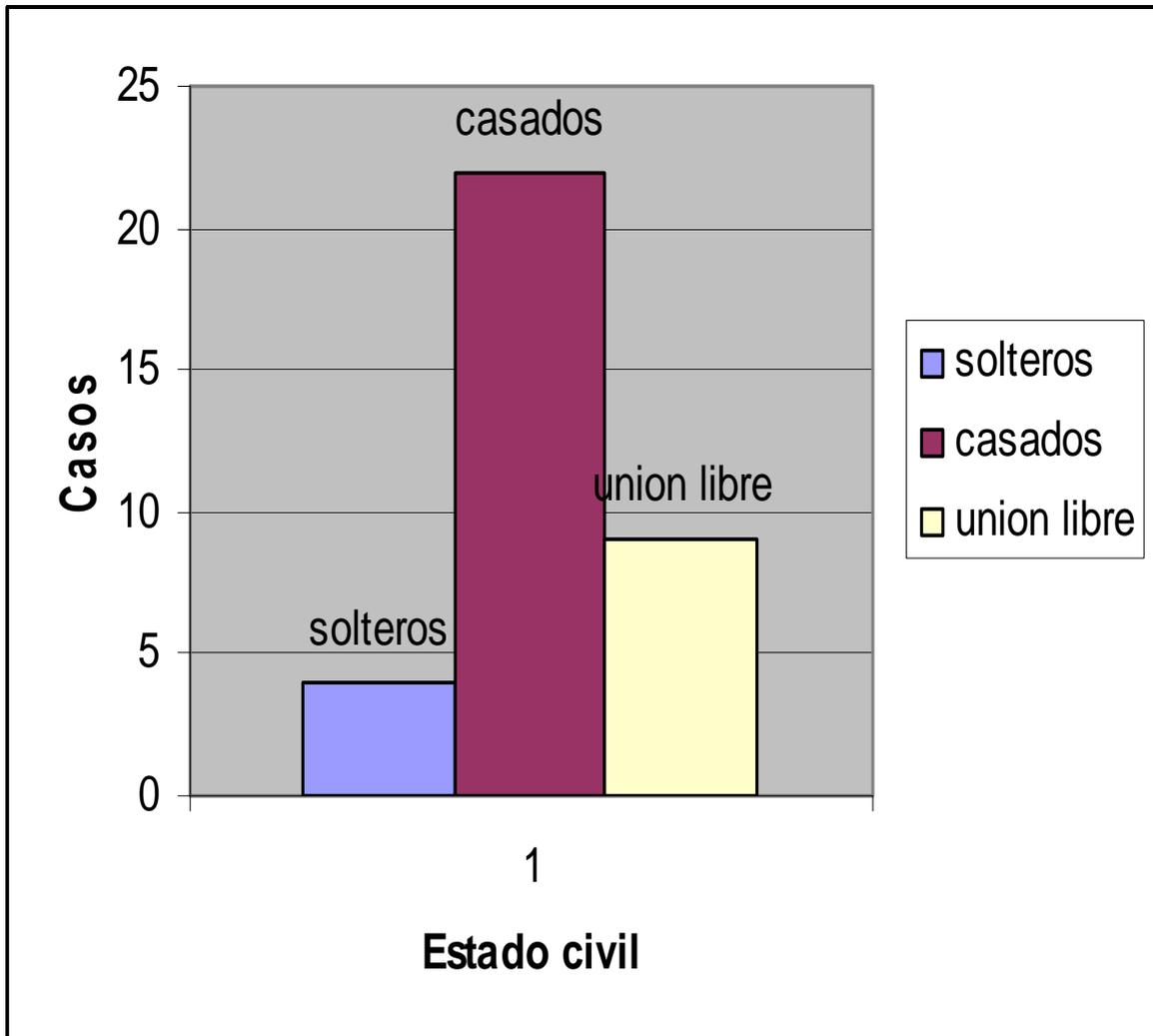
Porcentaje por estatura



Gráfica 7.- Porcentaje por estatura predomina la baja.

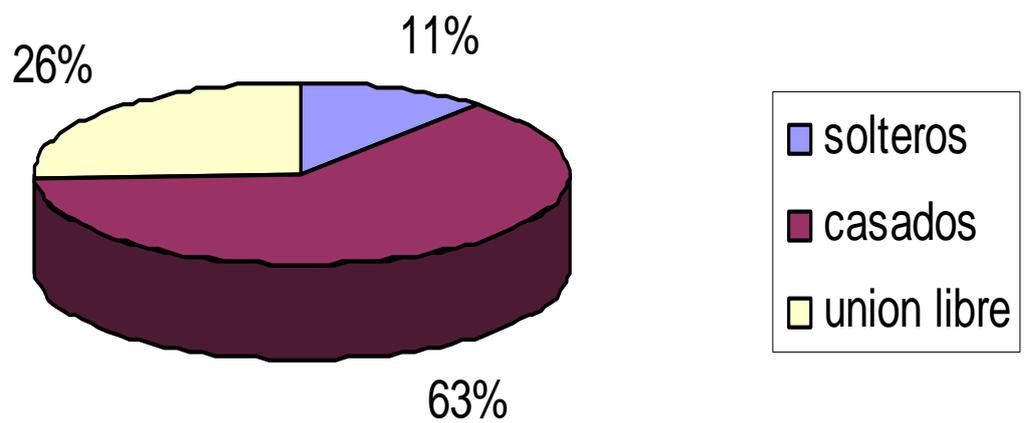


Gráfica 8.- Por peso de el porcentaje mayor lo ocupa pacientes Con sobrepeso.

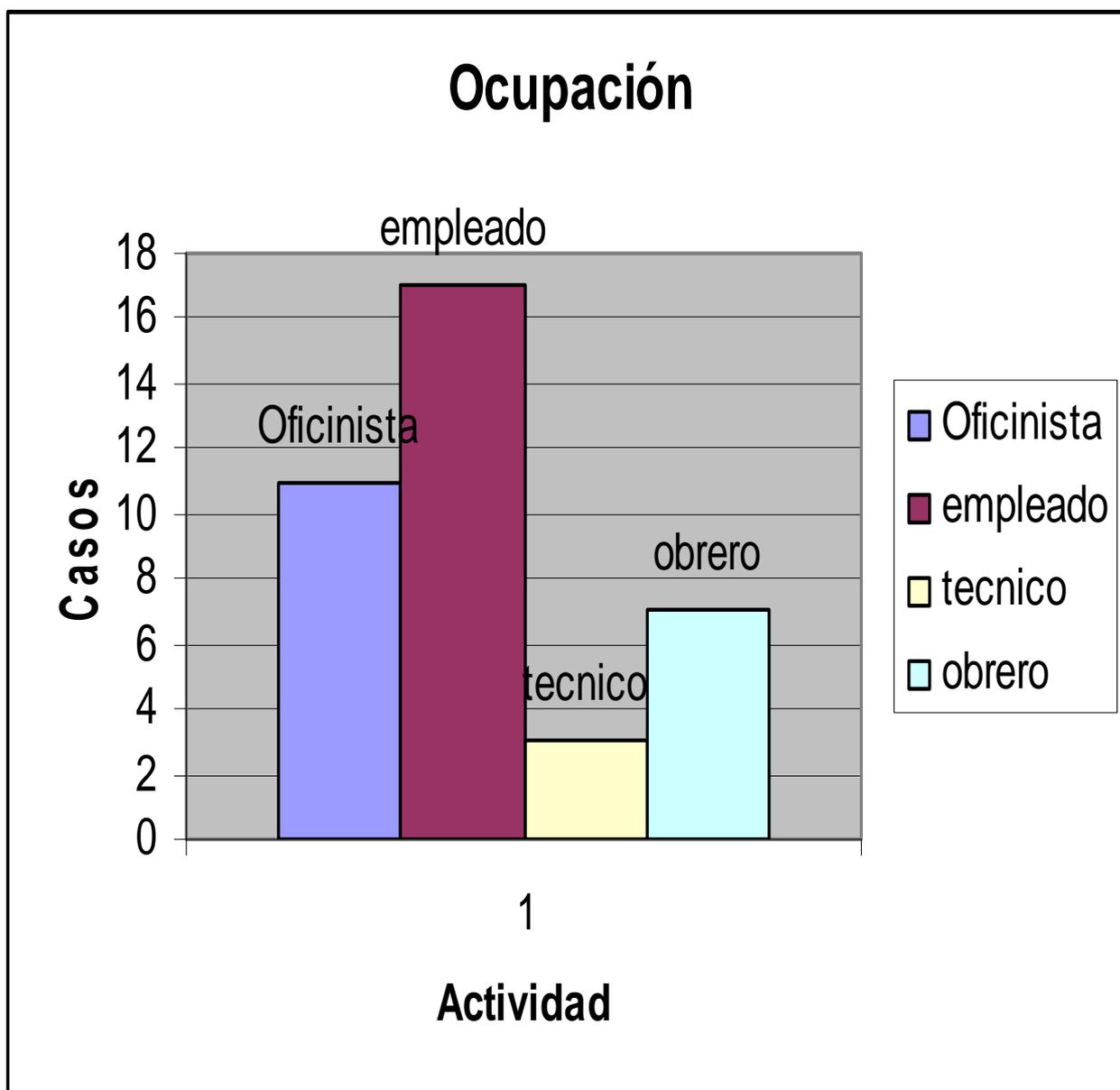


Gráfica 9.- Estado civil del paciente es mayormente el grupo de casados.

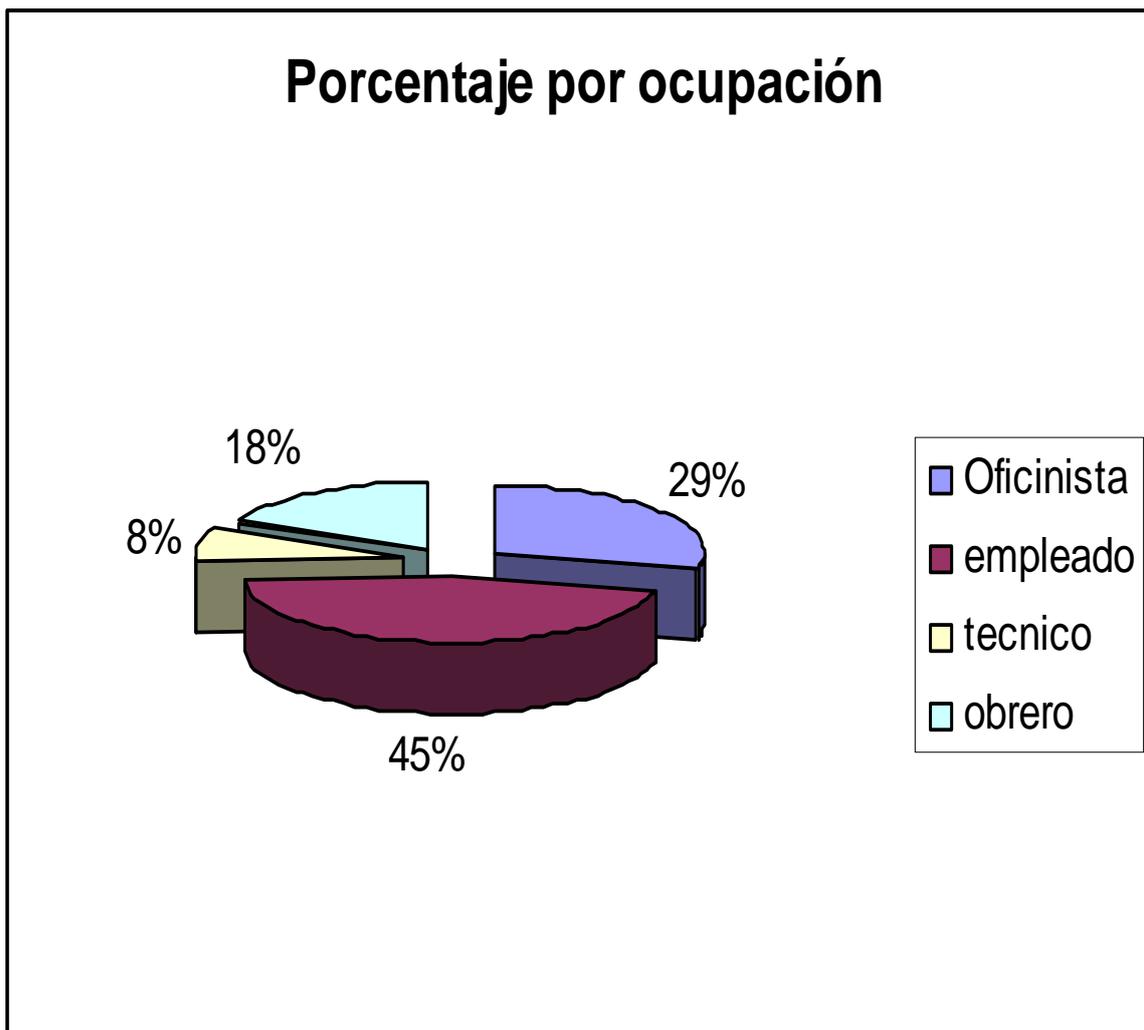
Porcentaje en estado civil



Gráfica 10.- Porcentaje en estado civil es mayor en el Grupo de casados.

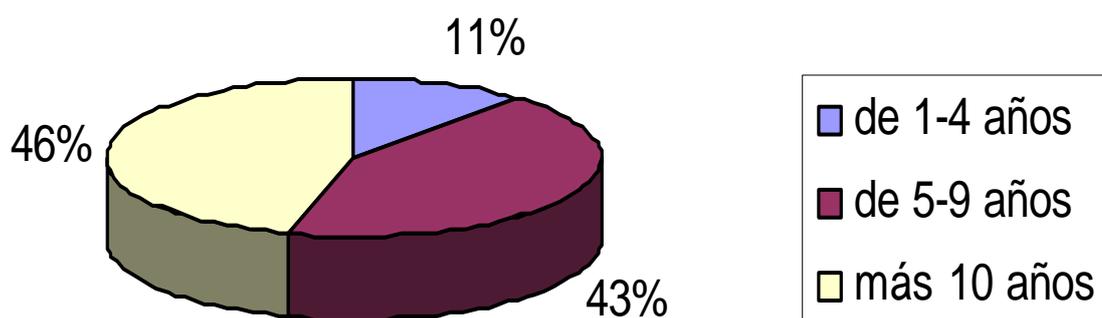


Grafica 11.- La ocupación que genero mayor numero de incapacidad Prolongada fue el grupo de empleados departamentales

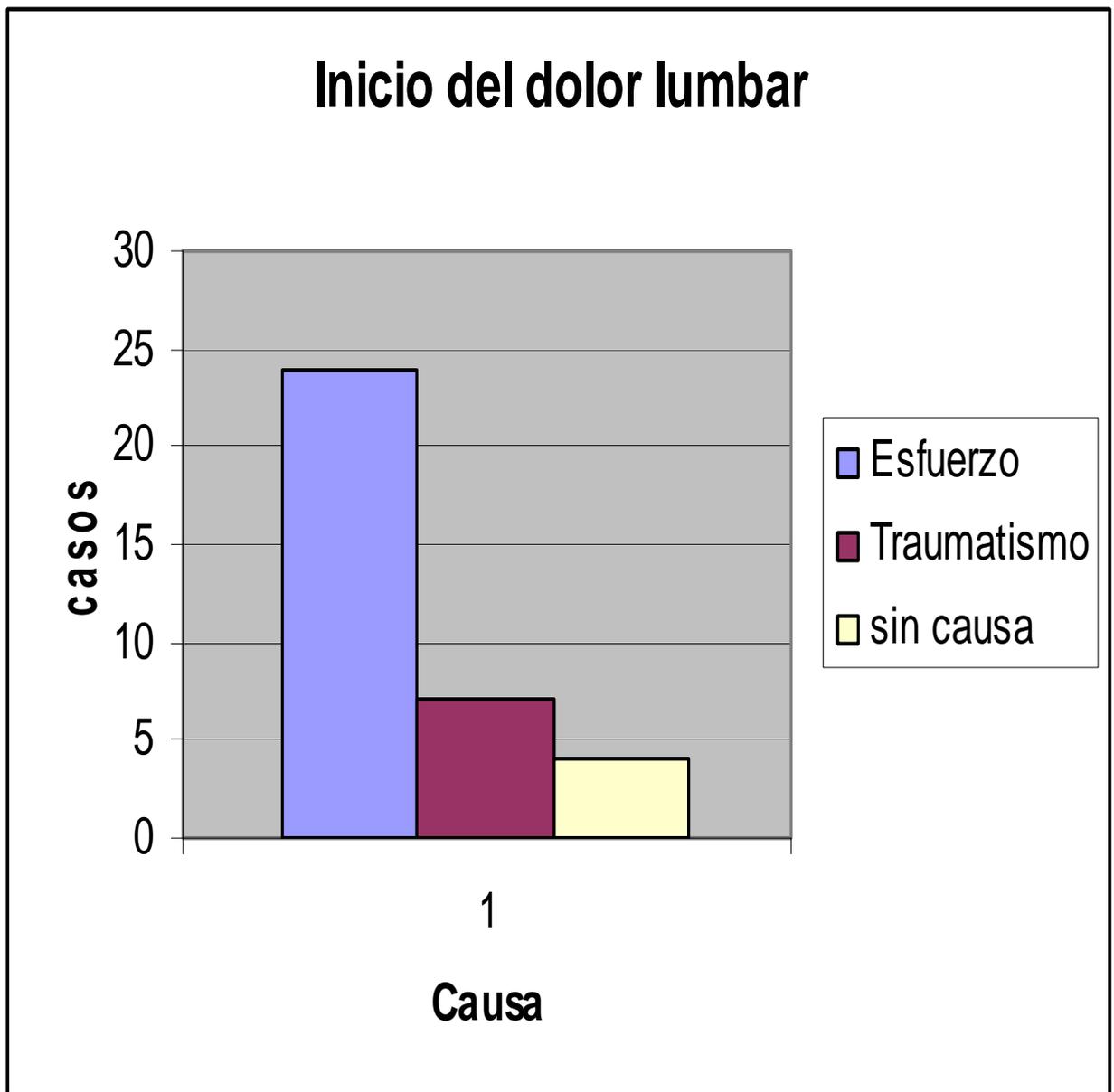


Gráfica 12.- Porcentaje por ocupación de incapacidades Prolongadas.

Antigüedad laboral

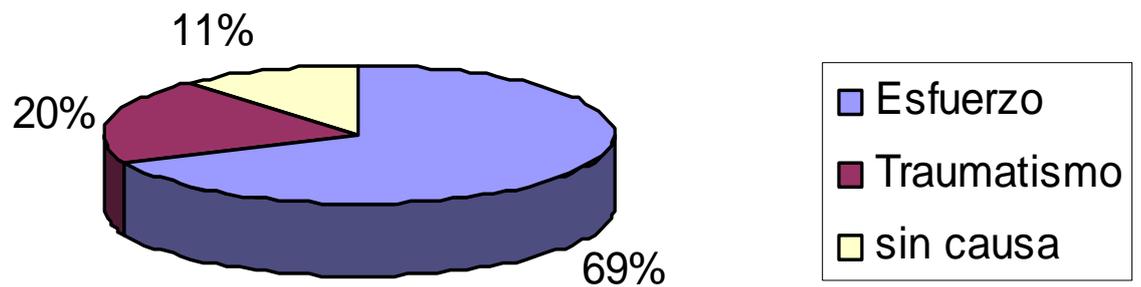


Gráfica 13.- El porcentaje de pacientes fue mayor en el Grupo de más de 10 años.



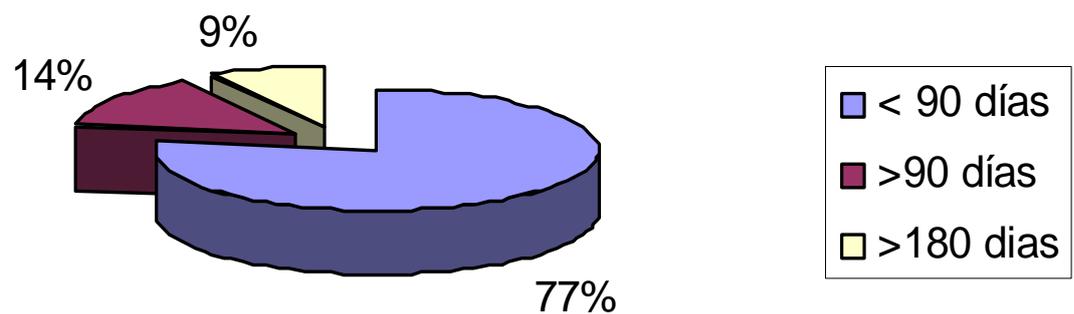
Gráfica 14.- La causa mas alta de lumbalgia fue Secundario al esfuerzo.

Porcentaje del inicio del dolor lumbar

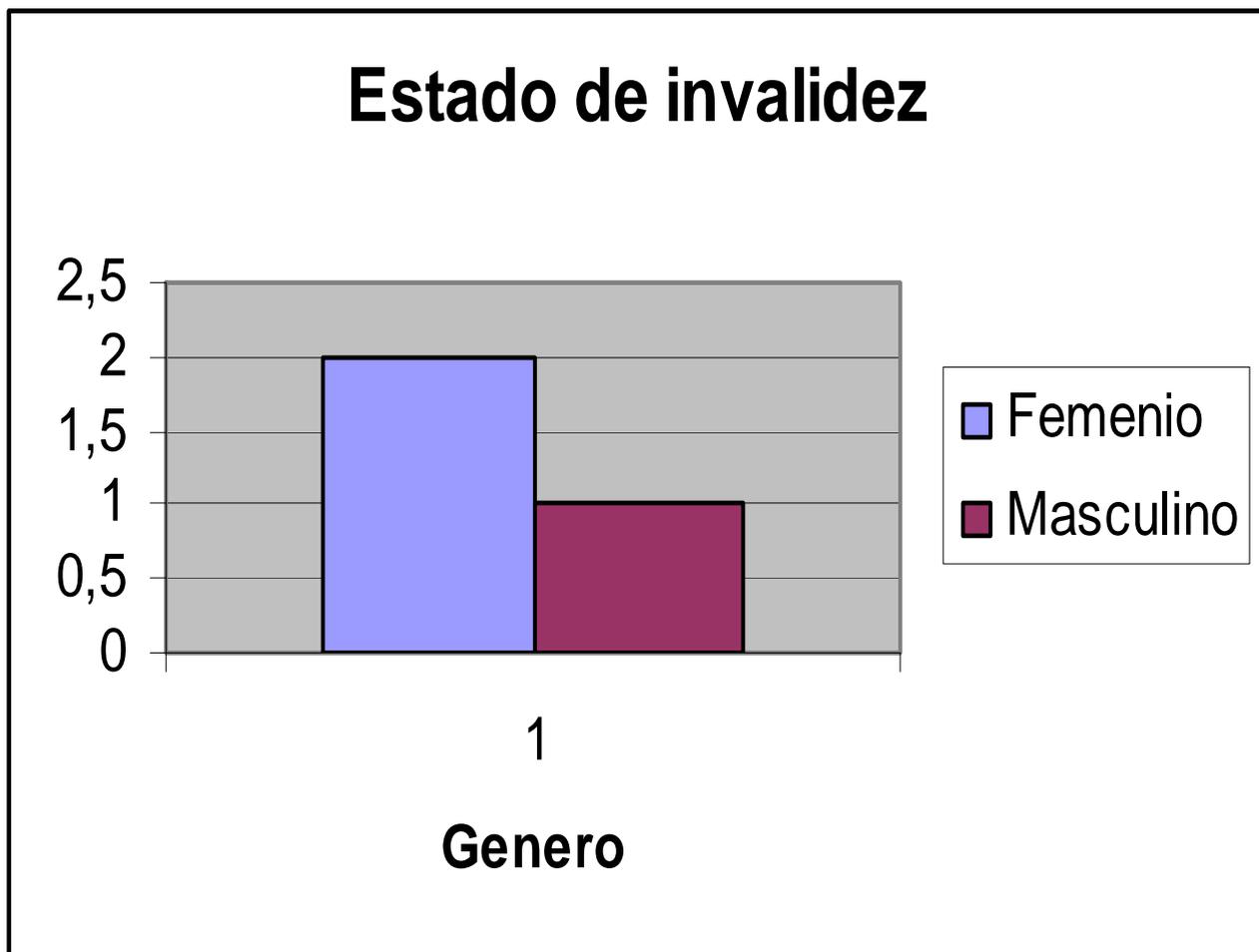


Gráfica 15.- El porcentaje es mas alto secundario al esfuerzo.

Muestreo de % incapacidades

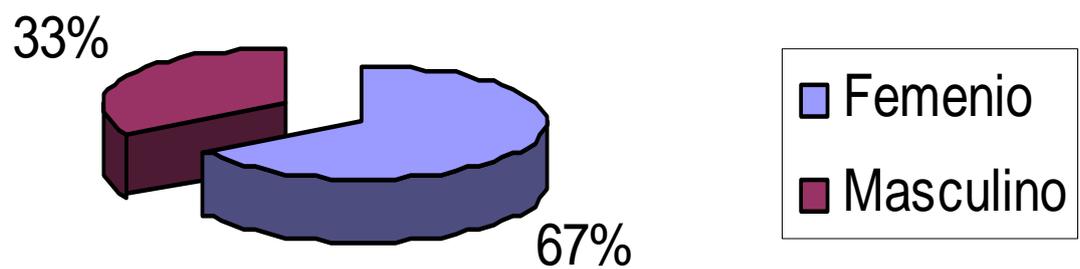


Gráfica 16.- El porcentaje mayor lo obtuvo el grupo menor De 190 días y solo el 9% tiene mas de 180 días, datos Obtenidos del servicio de salud en el trabajo en el cual se reporta En el formato de relación de casos de incapacidad prolongada.



Gráfica 17.- Casos de lumbalgia crónica que derivó En invalidez, Obtenido del servicio de salud en el trabajo.

Porcentaje por genero invalidez



Gráfica 18.- Porcentaje por género que derivó en Invalidez

17.- Discusión.

La lumbalgia crónica, genera incapacidad prolongada como lo menciona la literatura, los resultados que se aportan en esta investigación, marcan una diferencia importante, en relación a que el sexo más afectado fue el femenino en donde la literatura nos reporta que es más recurrente en el sexo masculino.

También llamó la atención que este padecimiento, fue más en empleados cuando la literatura nos reporta, que es más en obreros, lo que deja abierto al investigador para un trabajo posterior, para saber cuales son los factores que generaron estas modificaciones en la población de la UMF 28, con respecto a la edad, índice de masa corporal, la antigüedad laboral, cronicidad del padecimiento ya que no reporta una diferencia significativa en relación con los hallazgos de los resultados.

18.- Conclusiones.

Este estudio permite generar las siguientes conclusiones:

La lumbalgia crónica, continúa siendo un problema de salud a lo que el médico familiar se enfrenta día a día con resultados poco alentadores en cuanto se ha hecho con respecto a este padecimiento, ya que continúa siendo causa de incapacidad prolongada y genera estado de invalidez, por lo que el médico familiar, está obligado a incursionar en la búsqueda de estrategias, que predominantemente deben ser preventivas con la detección de factores de riesgo, para evitar el daño, y si estas ya se presentan utilizar medidas de tratamiento farmacológico y no farmacológico lo más apropiadas al padecimiento de cada paciente, y reintegrarlo lo antes posible a su estilo de vida y actividad laboral.

17.- Discusión.

La lumbalgia crónica, genera incapacidad prolongada como lo menciona la literatura, los resultados que se aportan en esta investigación, marcan una diferencia importante, en relación a que el sexo más afectado fue el femenino en donde la literatura nos reporta que es más recurrente en el sexo masculino.

También llamó la atención que este padecimiento, fue más en empleados cuando la literatura nos reporta, que es más en obreros, lo que deja abierto al investigador para un trabajo posterior, para saber cuales son los factores que generaron estas modificaciones en la población de la UMF 28, con respecto a la edad, índice de masa corporal, la antigüedad laboral, cronicidad del padecimiento ya que no reporta una diferencia significativa en relación con los hallazgos de los resultados.

18.- Conclusiones.

Este estudio permite generar las siguientes conclusiones:

La lumbalgia crónica, continúa siendo un problema de salud a lo que el médico familiar se enfrenta día a día con resultados poco alentadores en cuanto se ha hecho con respecto a este padecimiento, ya que continúa siendo causa de incapacidad prolongada y genera estado de invalidez, por lo que el médico familiar, está obligado a incursionar en la búsqueda de estrategias, que predominantemente deben ser preventivas con la detección de factores de riesgo, para evitar el daño, y si estas ya se presentan utilizar medidas de tratamiento farmacológico y no farmacológico lo más apropiadas al padecimiento de cada paciente, y reintegrarlo lo antes posible a su estilo de vida y actividad laboral.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-IMSS; "La revolución industrial el movimiento obrero y el surgimiento de los seguros sociales" La seguridad social en el proceso de cambio internacional, Págs. 09-31
- 2.-Maldonado I.G. Incapacidades prolongadas inadecuadas ¿Un problema del asegurado, del Medico de lo servicios de salud...? Rev. MED. . IMSS 1996; 34 (5) 379-384.
- 3.-Saldain R.G.A.M. La seguridad social en Uruguay. Serie monográficas No 5 .Conferencia .Interamericana de seguridad social, secretaria general, México 1993.
- 4.-Meza L.C. "El Desarrollo de La seguridad social en América latina". Estudios e informes de la CEPAL, N 43 Santiago de Chile 1985.
- 5.-Salinas T.S. Coordinación de Salud en el trabajo IMSS. Estrategia para el control de Casos con incapacidades prolongadas por R.T. y E.G. Rev. IMSS de la V Reunión Nacional de Investigación de Salud En el trabajo CMN. SXXI. 18 y 19 de Enero del 2001 (Memorias)
- 6.-IMSS. Dirección de Prestaciones económicas y sociales. Coordinación de prestaciones económicas. Proceso de subsidios. Agosto 2000 y Agosto del 2001, México 2000 y 2001.
- 7.-Maldonado I.G.La consulta subsecuente condicionante de sobre demandas en una Unidad de Medicina familiar. Rev. MED IMSS1998; 36(5):377-382
- 8.-Ramos G.J.M. Revista Latinoamericana de Salud en el Trabajo Vol. 1 N.1 Enero-Abril 2001:28-30
- 9.-Rodríguez J.F. Tlaxcala HGZ N1 IMSS. Factores Asociados a tiempos de resolución en los proyectos de dictamen de invalidez
- 10.-IMSS. Dirección de prestaciones Médicas. Coordinación de Salud en el trabajo .Manual de procedimientos del comité operativo para operaciones de riesgo de trabajo e invalidez México 2001.
- 11.-Ramírez G.A. "incapacidades prolongadas en traumatología y ortopedia "(presentación en V Resumen de investigación en salud en el trabajo) Rev. IMSS, México 2001
- 12.-IMSS. Dirección de prestaciones Médicas. Coordinación de salud en el trabajo. Instructivo de integración y operación del comité para evaluación medica de casos de incapacidad temporal para el trabajo, México 1982.
- 13.-Martínez R.A. Evaluación de la calidad de la atención mediante indicadores y su estándar. Rev. MED. IMSS 1998,36(6):487-496
- 14.-Legaspi V.J.A. "Tiempos prolongados de curación de loas lesiones traumáticas con atención medica adecuada. Y sin complicaciones". Jefatura de Medicina del trabajo 1988. México IMSS.
- 15.-IMSS. Ley del Seguro Social. Sección tercera, prestaciones en dinero Artículos. 58 y 60, México 1996
- 16.-Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2000

- 17.-Gallegos G.H. Perfil estadístico de los riesgos de trabajo dictaminados en el IMSS De 1958 a 1993. Tesis de especialidad en medicina del trabajo, México 1996
- 18.-Donavedian A. 20 años de investigación en torno a la calidad de la atención medica 1964-1984
- 19.-IMSS. Dirección de prestaciones medicas. Coordinación de atención Médica reglamento para la expedición de incapacidades temporal para el trabajo, México 1999-2000
- 20.-IMSS Dirección de prestaciones medicas. Coordinación de salud en el trabajo. Instructivo de operaciones para la atención de R.T. e Invalidez, en materia laboral, México 2001-
- 21.- Fajardo G. O. Los servicios médicos. Del IMSS 1940-1952. Rev. MED. IMSS 1998; 36 (5) 373-375.
- 22.-IMSS. Dirección de prestaciones medicas. Coordinación de salud en el trabajo. Programa institucional de atención prioritaria los trabajadores. México 1990.
- 23.-IMSS. Dirección de prestaciones médicas. Coordinación de salud en el trabajo. Programa estratégico de salud en el trabajo. México 1996.
- 24.-IMSS ley del Seguro Social capitulo III articulo 41y 42; pagina 73 y 74
- 25.-IMSS. 1996. programa de prestaciones por riesgo de trabajo e invalidez (PRITI).
- 26.-IMSS. Dirección de prestaciones medicas, coordinación de salud en el trabajo. Instructivo de operaciones para la atención de demandas por R.T. e invalidez en materia laboral. México 1995
- 27.- Bran M. O., Márquez C. Ai. “Factores relacionados a la expedición de incapacidades prolongadas a los trabajadores del IMSS de la delegación de Sonora”. Rev. IMSS de la III Reunión Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo, CMN SXXI, 21 y 22 Enero 1999.
- 28.-Enríquez Q. M. A., Bañuelos B.R. , Medina E. MI G: “Tiempo de incapacidad temporal prolongada en el síndrome de dolor bajo de espalda, en accidente de trabajo y trayecto en la delegación Aguascalientes”: rev. IMSS de la II Reunión Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo, CMN SXXI, 22 y 23 de Enero 1998.
- 29.-Santos C. R, Zamora C MG, Vilchis G. A.E.; López R.P. “Factores asociados a la incapacidad temporal para el trabajo prolongada por riesgo de trabajo, en la delegación 2 noroeste del D.F.”. Rev. IMSS de la III Reunión Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo CMN SXXI, 21 y 22 de Enero de 1999; Pág. 15
- 30.-Alfaro B., C. “Diagnostico situacional de los tiempos prolongados de incapacidad”. Rev. IMSS de la II Reunión Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo, CMN SXXI, 22 y 23 de Enero de 1998.

Anexo No 1

Nombre _____ edad _____ sexo _____

Estatura _____ peso actual _____ peso ideal _____ IMC _____

Fecha de nacimiento _____ Escolaridad _____

Estado civil _____ ¿cuantos hijos tiene? _____

Ocupación _____ Empresa donde labora _____

Tiempo de laborar en esa Empresa _____

¿Fuma? si _____ no _____ ¿Practica algún deporte? Si _____ no _____

¿Cual deporte? _____ ¿con que frecuencia lo practica? _____

¿Alguna vez ha sufrido dolor en la parte baja de la espalda? (cintura) _____

El dolor inicio después de: ¿un esfuerzo extremo? Si _____ no _____

¿Después de un traumatismo? Si _____ no _____ ¿sin causa aparente? Si _____

No _____ ¿el dolor se presento en área laboral? Si _____ no _____

¿Trayecto? Si _____ no _____ ¿en otro sitio? Señale cual _____

¿Dolor constante progresivo crónico? Si _____ no _____

¿El dolor lo tiene siempre? Si _____ no _____

¿Cada cuando tiene el dolor? _____

¿El dolor la ha aumentado con el tiempo? Si _____ no _____

¿El dolor es más fuerte de lado derecho de su cintura? Si _____ no _____

¿El dolor es más fuerte del lado izquierdo de su cintura? Si _____ no _____

¿El dolor es en ambos lados de la cintura? Si _____ no _____

¿El dolor es más fuerte por la noche? si _____ no _____

¿El dolor es igual a cualquier hora del día o de la noche? Si _____ no _____

¿El dolor le aumenta cuando descansa? Si _____ No _____

¿El dolor no cambia cuando descansa? Si _____ no _____

¿Cuándo se despierta siente como tiesa su cintura? Si _____ no _____

¿Cuándo se levanta puede mover fácilmente su cintura? Si _____ no _____

¿Después de iniciar su actividad diaria siente como tiesa su cintura? Si _____

No _____ ¿Le cuesta trabajo recoger un objeto del piso? Si _____ no _____

¿Si le hablan y voltea de inmediato hacia quien le esta hablando le produce dolor?

Si _____ no _____

¿Cuándo se sienta se puede levantar con facilidad? Si _____ no _____

¿Puede cambiar fácilmente de posición? Si _____ no _____

¿Cuándo camina le duele su pierna derecha? Si _____ no _____

¿Cuando camina le duele su pierna izquierda? Si _____ no _____

¿Al subir escaleras le duele su pierna derecha? Si _____ no _____

¿Al subir las escaleras le duele su pierna izquierda? Si _____ no _____

¿Ha notado que ha disminuido la fuerza de la pierna izquierda o derecha?

Si _____ no _____

¿Se cansa fácilmente? Si _____ no _____

¿Siente adormecimiento de alguna de sus piernas? Si _____ no _____

¿Siente de alguna de sus piernas? Si _____ no _____

¿La primera vez que presento el dolor fue de repente? Si _____ no _____

¿El dolor se presento en su casa o en otro lugar no relacionado con su trabajo?

Si _____ no _____

¿Cuántas semanas duro el dolor? Menos de 6 _____ 6 -12 _____

Más de 12 _____

¿Recibió atención médica en el IMSS para su dolor? Si _____ no _____

¿Cuánto tiempo después de iniciado el dolor acudió a solicitar atención Médica? _____

¿El dolor le incapacito para su trabajo? Si _____ no _____ ¿Cuánto tiempo? _____