



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

**FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO**

**CORRELACION DIAGNOSTICA TERAPEUTICA EN BASE A LA  
APLICACIÓN DE LAS GUIAS DE PRACTICA CLÍNICA PARA PACIENTES  
CON LUMBALGIAS AGUDAS Y CRÓNICAS DEL IMSS UMF 21.**

**No. DE REGISTRO: R-2011-3703-28**

## **T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

**DRA. XELONEL IZASMENDI MOCTEZUMA**

**ASESORES**

**DR. JORGE MENESES GARDUÑO.**

**DR. FABIÁN AVALOS PÉREZ.**



**MEXICO D.F. 2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**CORRELACION DIAGNOSTICA TERAPEUTICA EN BASE A LA  
APLICACIÓN DE LAS GUIAS DE PRACTICA CLÍNICA PARA PACIENTES  
CON LUMBALGIAS AGUDAS Y CRÓNICAS DEL IMSS UMF 21.**



**No. DE REGISTRO: R-2011-3703-28**



**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A  
DRA. XELONEL IZASMENDI MOCTEZUMA**

**A U T O R I Z A C I O N E S**

---

**DR. JOSÉ LUIS ORTÍZ FRIAS  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
DIRECTOR MÉDICO UMF21 IMSS**

---

**DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN.  
COORDINADORA DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF21 MSS**

---

**DR. JORGE MENESES GARDUÑO.  
MÉDICO FAMILIAR. PROFESOR TITULAR DE LA  
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR UMF21 IMSS**

## **ASESORES DE TESIS**

---

**DR. JORGE MENESES GARDUÑO.**  
**MÉDICO FAMILIAR. PROFESOR TITULAR DE LA**  
**RESIDENCIA DE MÉDICINA FAMILIAR UMF 21 IMSS**

---

**DR. FABIÁN AVALOS PÉREZ.**  
**MÉDICO FAMILIAR UMF 10. MAESTRO EN CIENCIAS**  
**DE LA SALUD, CON ÁREA DE CONCENTRACIÓN EN**  
**SISTEMAS DE SALUD.**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 TEL 57 68 60 00 EXT 373, AVENIDA  
FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO COL. JARDIN BALBUENA,  
DELEGACIÓN VENUSTIANO CARRANZA D.F. CP 15900

## DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por acompañarme en todo momento, por permitirme vivir momentos alegres, maravillosos, llenos de felicidad, y hasta en los momentos más difíciles, en donde he cometido errores porque así me demostraste que soy capaz de superar grandes cosas, por darme el don del perdón y sobre todo de amar.

A mi Abuelo J. Guadalupe que aunque ya no está con nosotros le agradezco por haber sido mi guiador, mi consejero, quien me otorgo una niñez llena de felicidad, llena de valores y sabiduría.

A ti Mami Martha a quien amo tanto, gracias por mostrarme tu amor en todo momento, por apoyarme en crecer, tus sabios consejos, tu paciencia en educarme porque fui la mas rebelde, te adoro mami.

A mi Padre Luis por haberme dado su apoyo en todo momento, por tus consejos que me han llegado hasta el alma.

A mi Hermanita, compañera y amiga Ixchel, con la que crecí y aprendimos mucho de la vida juntas. Siempre contaras conmigo te quiero mucho hermanita.

A mi familia en general, gracias a cada uno por estar conmigo, por su apoyo incondicional cuando más lo he necesitado, sobre todo mis tías lindas.

A todos mis amigos que han dejado una huella en mi vida, gracias por ser los cómplices de mi historia, gracias por su compañía, sus buenos consejos, las palabras de aliento cuando lo he necesitado, y por superar los momentos más difíciles que hemos pasado y seguimos adelante; gracias Cecilio F.G.I., Isabel Alejandrina y Miguel Ángel O., y a todos mis amigos en general los quiero mucho.

A todos mis profesores asesores y sinodales por brindarme su apoyo, tiempo y paciencia en brindarme su enseñanza.

A todos mis familiares, amigos y seres queridos que por falta de espacio ya no pude nombrarlos, saben que los llevo en mi corazón, y gracias por estar conmigo en los bueno y malos momentos.

Todos tenemos la posibilidad de realizar un sueño, vivamos por él, intentemos alcanzarlo, pongamos la vida en ello y si nos damos cuenta que no podemos, quizá necesitemos hacer un alto en el camino y experimentar un cambio radical en nuestras vidas y entonces, con otro aspecto, con otras posibilidades, lo lograremos.

*XeloneI Izasmendi Moctezuma*

## CONTENIDO

Autorizaciones.....	2
Agradecimientos.....	4
Contenido.....	5
Resumen.....	6
Planteamiento del problema.....	8
Marco Teórico.....	10
Objetivos.....	20
Hipótesis.....	21
Material y métodos.....	22
Ética.....	35
Resultados.....	36
Discusión y conclusiones.....	47
Comentarios.....	48
Sugerencias.....	58
Anexos.....	50
Bibliografía.....	57

## RESUMEN

### CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA TERAPEUTICA EN BASE A LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LUMBALGIAS AGUDAS Y CRONICAS

DR. MENESES GARDUÑO JORGE\*, DR. AVALOS PÉREZ FABIAN \*\*, DRA. IZASMENDI  
MOCTEZUMA\*\*\*

**INTRODUCCIÓN.** En México el 80% de la población sufre lumbalgia en algún momento de su vida. **OBJETIVO.** Determinar entre la correlación del registro de los datos para el diagnóstico y terapéutica y las recomendaciones contenidas en la guía de práctica clínica para pacientes con lumbalgia aguda o crónica del Instituto Mexicano del Seguro Social. **TIPO DE ESTUDIO.** Observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Se revisaron expedientes de derechohabientes con diagnóstico de lumbalgia aguda y/o crónica, y se estableció como correlación la existencia del registro en el interrogatorio, exploración física, diagnóstico y tratamiento con las recomendaciones señaladas en las guías de práctica clínica de este padecimiento. **RESULTADOS** De 380 expedientes se encontró en la semiología 2 datos con alta correlación en la exploración física hubo baja correlación en general a excepción de la de columna que si se realizó. El diagnóstico de acuerdo a su tiempo de evolución solo un 17% lo registro, y un 83% lo omite. El manejo farmacológico el médico opta de inicio mas por la terapia combinada. En Indicaciones no farmacológicas se obtuvo mayor correlación en el rubro de realizar actividad física e higiene de columna.

**Palabras clave:** Lumbalgias, guías de práctica clínica.

---

\* Médico Familiar y Coordinador de la residencia médica familiar, Adscrito a la UMF 21 C. de México DF.

\*\* Médico familiar. Maestro en Ciencias de la Salud, Sistemas de salud, Adscrito a la UMF 10 C. de México DF.

\*\*\* Médico Residente de Medicina Familiar de la UMF21.

## SUMMARY

### DIAGNOSTIC CORRELATION BASED ON THE THERAPEUTIC APPLICATION OF CLINICAL PRACTICE GUIDELINES AND CHRONICLES ACUTE PAIN

**INTRODUCTION.** In Mexico, 80% of the population suffers from back pain at some point in their lives. **OBJECTIVE.** To determine the correlation between log data for diagnosis and therapeutic recommendations in clinical practice guideline for patients with acute or chronic Mexican Social Security Institute. **TYPE OF STUDY.** Observational, transversal, retrospective and descriptive. **MATERIALS AND METHODS.** We reviewed records of claimants with a diagnosis of acute low back pain and / or chronic, and correlation was established as the existence of the record in the history, physical examination, diagnosis and treatment with the recommendations identified in the clinical practice guidelines of this condition. **RESULTS** Of 380 records found in semiology 2 data with high correlation in the physical examination was generally low correlation except that if the column was performed. The diagnosis according to its development time only a record 17% and 83% omitted. The pharmacological treatment the doctor chooses to start but by the combination therapy. In non-pharmacological indications highest correlation was obtained in the area of physical activity and health column.

**Keywords:** low back pain, clinical practice guidelines.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lumbalgia representa un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto, magnitud y repercusión socioeconómica; afecta a la población en edad laboral y genera un incremento en el uso de recursos y pérdidas de trabajo. Se estima que el 60 a 70% de las personas adultas presenta un síndrome de episodio doloroso lumbar a lo largo de su vida.

En México, se ha observado que el 13% de la población (edad de 20 a 59 años) que acude a las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) manifiesta este tipo de dolor. Estas cifras sugieren que el dolor crónico se presenta en dos de cada 10 sujetos que acuden a la consulta externa de centros de atención primaria; lo anterior es coincidente con los reportes epidemiológicos que sugieren que un cuarto de la población lo presenta. Los síntomas que caracterizan a la lumbalgia son el dolor y el espasmo muscular o rigidez. El abordaje eficiente y oportuno de un síndrome doloroso lumbar, permite al profesional de la salud, establecer estrategias y líneas de acción en la atención con base en el tiempo de evolución.

En base a su elevada frecuencia, impacto, costos, en la práctica clínica para la prescripción de tratamiento farmacológico y no farmacológico, se pretende con en el presente estudio, identificar áreas de oportunidad para la mejora de la calidad de atención debido a que se cuenta con las guías de práctica clínica

implementadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social para lograr diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con este tipo de padecimientos.

Por lo tanto nos hemos planteado determinar

¿Cuál es la correlación diagnóstica terapéutica basada en la aplicación de las guías de práctica clínica para pacientes de lumbalgias agudas y crónicas del IMSS en la UMF 21 de enero a junio del 2011?

## II. MARCO TEORICO.

De acuerdo a la guía de práctica clínica de diagnóstico, Tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica del IMSS 2007, la lumbalgia es el dolor o malestar localizado en 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 pueden causar ausentismo laboral.<sup>1</sup>

La lumbalgia es tal vez la forma más común de dolor axial, referido al dolor en la parte baja a nivel de las vertebrae lumbares. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el dolor de espalda baja no es ni una enfermedad ni una entidad diagnóstica, sino que se trata de un síndrome de duración variable en una área de la anatomía, afectada de manera tan frecuente que se ha convertido en un paradigma de respuestas a estímulos externos e internos. La incidencia y prevalencia del dolor de espalda baja son similares en el mundo, pero tiene rangos altos como causa de discapacidad e incapacidad para laborar, así como afección en la calidad de vida y como causa de consulta médica. En muchas ocasiones el origen es oscuro y sólo en una minoría de los casos hay una explicación directa con una enfermedad orgánica existente.<sup>2,9-10</sup>

El dolor lumbar es la quinta causa de consulta médica en los Estados Unidos Americanos. Aproximadamente una cuarta parte de adultos de los EE.UU. ha reportado dolor en la zona lumbar de un día entero en lo que va de los últimos

3 meses, y 7.6% reportó al menos un episodio de lumbalgia aguda dentro de un periodo de un año. Su tratamiento es muy costoso. En los Estados Unidos de América, los costos de atención médica atribuible a lumbalgias en el año 1998 se estimaron en 26.3 mil millones de dólares. Además, los costos indirectos relacionados con días de incapacidad en el trabajo son importantes, aproximadamente un 2% de la población trabajadora de los EEUU se ve afectada cada año.<sup>3,8</sup>

Al menos 80 de cada 100 adultos en México sufren lumbalgia o dolor de espalda, en algún momento de su vida, y de ellos 30 la padece de manera crónica, permanente o recurrente, aseguran especialistas en ortopedia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Y en nuestro país se estima que la mitad de las personas laboralmente activas sufren algún cuadro clínico de lumbalgia, de las cuales, 30% requiere incapacidad por esa causa, con un promedio de 12 días por caso.<sup>4</sup> En el IMSS se encuentra en el sexto lugar como motivo de consulta, en la UMF 21 ocupa el tercer lugar como motivo de consulta.<sup>16</sup>

Los síntomas que caracterizan a la lumbalgia son el dolor y el espasmo muscular o rigidez. El abordaje eficiente y oportuno de un síndrome doloroso lumbar, permite al profesional de la salud, establecer estrategias y líneas de acción en la atención con base en el tiempo de evolución: Lumbalgia aguda (menos de 6 semanas), subaguda (de 6 a 12 semanas) y crónica (más de 12 semanas) y la etiología al identificar causas mecánicas (97%), Causas por compresión de una raíz nerviosa (<5%), o secundarias a una patología lumbar. De las lumbalgias la mayor parte de los casos corresponde a causas mecánicas de la columna vertebral y/o musculatura paravertebral. Alrededor de

70-80% de las personas presentará lumbalgia en alguna etapa de su vida. Su importancia radica en la incapacidad que provoca para continuar desarrollando actividades cotidianas, así como por la incapacidad laboral que origina y porque merma la calidad de vida.<sup>10</sup> Afecta por igual a hombres y mujeres, con inicio más frecuente a la edad de 30-50 años. Es la causa más común de discapacidad relacionada con el trabajo en gente menor de 45 años y la que más gastos genera laboralmente en términos de compensación a los trabajadores y gastos médicos.<sup>2</sup>

La lumbalgia es uno de los padecimientos más frecuentes que el médico familiar y el especialista deben enfrentar en la consulta diaria. Actualmente se considera que cada año cerca de 50 % de las personas laboralmente activas sufre un episodio de esta enfermedad, y que en algún momento de su vida 80% de la población en general padecerá al menos un cuadro agudo de la misma. En el desarrollo de esta patología participan diversos factores: edad, sexo, eventos traumáticos, hábitos posturales, intoxicaciones, trastornos metabólicos, obesidad, ocupación y tabaquismo, entre otros<sup>5</sup>

Es importante informar al paciente que el 80% de las de las personas con lumbalgia está libre de dolor en un lapso de cuatro semanas y que no debe tener reposo absoluto (excepto los individuos con lumbociatalgia, que lo deben llevar por cuatro días).<sup>2-3</sup>

Hablar de dolor crónico en la espalda baja, es hablar de un estado en donde el «bienestar» físico, mental, y social se ha perdido; y en consecuencia, las condiciones asociadas a la vida (calidad de vida) disminuyen considerablemente. Por ello, se ha identificado que este estado doloroso, impacta significativamente la salud del individuo que lo padece. Si esto lo

traducimos al contexto global en donde el dolor crónico afecta a un cuarto de la población general y un cuarto de ellos tienen lumbalgia, es comprensible considerar que esta afección sea considerada un problema de salud pública.<sup>6</sup>

Si consideramos que México cuenta con 105 millones de habitantes, entonces es posible que poco más de 28 millones de habitantes presenten este tipo de dolor. Ese número de enfermos, sugiere que la nación tendrá que destinar recursos humanos y materiales a la atención en salud de las personas afectadas.<sup>6</sup>

Es posible que este problema sea observado en forma cotidiana por los profesionales de la salud. En la Unión Americana se ha identificado que el 17% de los enfermos que son atendidos en centros de atención primaria presentan dolor crónico. En México el 13% de la población (20 a 59 años) que acude a las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) manifiesta este tipo de dolor. Estas cifras sugieren que el dolor crónico se presenta en dos de cada 10 sujetos que acuden a la consulta externa de centros de atención primaria; lo anterior es coincidente con los reportes epidemiológicos que sugieren que un cuarto de la población lo presenta.<sup>6</sup>

En la revisión realizada en las Guías de Manejo del Dolor de Espalda Baja o lumbalgia propuestas por la Cooperación Europea de Ciencia y Tecnología (COST, por sus siglas en inglés)<sup>7</sup> la define como «aquellas sensaciones dolorosas o no confortables, localizadas por debajo del margen costal (12ª costilla) y por arriba del límite superior de la región glútea (unión lumbosacra),

que pueden irradiarse hacia uno o ambos miembros pélvicos, se ha identificado que puede afectar al 84% de las personas en algún momento de su vida (rango del 11 a 84%). Lo anterior sugiere que 9 de cada 10 sujetos tendrá dolor lumbar en algún momento; sin embargo, es posible que ese evento se resuelva y no vuelva a presentarse.<sup>12</sup> En el caso de la lumbalgia crónica, diversos estudios proponen una prevalencia del 15 al 36%. Lo anterior, vuelve a recordarnos que un cuarto de los enfermos con dolor crónico presenta dolor de espalda baja.<sup>6</sup>

Una reflexión acerca de la magnitud de este problema nos lleva a considerar los siguientes elementos: Primero, en México, aproximadamente el 58% de la población se encuentra en un rango de edad de 14 y más años; es decir, son económicamente activos. Segundo, el 52% de las personas atendidas en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS tiene de 20 a 59 años; es decir, son económicamente activos.<sup>9</sup> Tercero, 25% de dichos enfermos presentaron dorsalgia como diagnóstico de consulta. Por lo anterior, es posible considerar que el dolor de espalda baja es un problema frecuente en la población económicamente activa; ante esto vale la pena preguntarnos ¿Cuánto nos cuestan los días de incapacidad laboral a consecuencia de este problema de salud?, ¿el manejo deficiente de la lumbalgia prolonga la incapacidad asociada al dolor?, en el contexto de la medicina socializada ¿un manejo deficiente nos cuesta más? <sup>6</sup>

En nuestro país el IMSS y el ISSSTE (Instituto de Seguridad Social y Salud para los Trabajadores del Estado) abarcan al 93% de la población asegurada;

en conjunto, ambas instituciones proporcionaron 27.8 millones de días de incapacidad laboral en el 2007, lo que se tradujo en \$5.8 miles de millones de pesos mexicanos (MXP) en ese año el día laboral correspondió a 8 horas y \$51 MXP). (Sistema Nacional de Información en Salud, SINAIS).

La lumbalgia presenta costos asociados a las incapacidades laborales y a la terapéutica empleada. En este sentido, aproximadamente 30% de los portadores de lumbalgia en México requieren incapacidad.<sup>6</sup>

Las guías de práctica clínica son documentos que están diseñados para ayudar a los profesionales de la salud en la gestión de una enfermedad. Su objetivo es promover normas de una buena atención médica, evitando las prácticas deficientes. Están diseñadas en la medicina basada en la evidencia y no en el consenso entre un grupo de médicos en el campo. La evidencia debe venir de los resultados de los estudios basados en la investigación.<sup>11</sup>

El primer grupo en publicar guías clínicas para el manejo del dolor de espalda simple fue la tarea de Quebec Vigor en 1987. Desde entonces, muchos otros han publicado directrices similares, incluyendo la Sociedad Europea de Columna y los grupos en Australia y Nueva Zelanda. Los europeos pusieron en marcha el programa COST B13 en 1999 para formular basada en la evidencia, de prevención, diagnóstico, y tratamiento de dolor de espalda la baja de la espalda. En el año 2007, El American College of Physicians y la American Pain Society han publicado conjuntamente guías actualizadas relevantes para el Estados Unidos.<sup>11</sup>

Teniendo en cuenta las consideraciones antes mencionadas en el IMSS se han creado las Guías de Práctica Clínica (GPC) que son un conjunto de “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales de la salud y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.”<sup>6</sup>

De acuerdo a esta Guía de Práctica Clínica del IMSS, las recomendaciones del tratamiento son las siguientes:

#### **TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.**

Consideración de aspectos: Edad del paciente, comorbilidades, dieta, interacciones farmacológicas, función cardiovascular y renal, así como la prescripción de protectores de mucosa gástrica con fin de prevenir complicaciones asociadas con la administración de medicamentos.<sup>1</sup>

En el manejo del dolor agudo y subagudo el medicamento de primera elección es el paracetamol.<sup>1, 3, 7, 8,10, 12, 17.</sup>

Se recomienda como fármaco de segunda elección el empleo de cualquier AINE (Antiinflamatorio no esteroideo) durante periodos cortos o en la menor dosis posible.<sup>1, 3, 7-12.</sup>

El ibuprofeno es el AINE que está asociado a menor riesgo de complicaciones gastrointestinales serias, ventaja que probablemente se pierde a dosis mayores de 1800mg/día.<sup>1, 3</sup>

En el tratamiento de la lumbalgia crónica, se recomienda asociar a paracetamol un AINE, lo que eleva la respuesta individualizada en el paciente.

Sin embargo no se recomienda el uso del AINE por más de 4 semanas.<sup>1,3, 8</sup>

En pacientes con lumbalgia aguda o crónica que no responden a paracetamol y AINE, pueden utilizarse y/o asociarse opiáceos menores durante periodos cortos de tiempos e intervalos regulares, se debe valorar la asociación de un relajante muscular de tipo no benzodiazepínico sobre todo en aquellos con espasmo muscular intenso por una duración de 3 a 7 días y no más de 2 semanas.<sup>1, 3, 7,10, 17</sup>

Es recomendable la utilización de antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos, a dosis antidepresivas, en pacientes con lumbalgia crónica en quienes hayan fracasado los tratamientos convencionales. Debe tenerse en cuenta el perfil de efectos secundarios antes de su prescripción.<sup>1,10</sup>

Las infiltraciones facetarias e intradiscales con esteroides, no son eficaces en la disminución del dolor en la lumbalgia subaguda y crónica.<sup>1</sup>

No hay evidencia de que la administración de la vitamina B sea eficaz del tratamiento del dolor lumbar inespecífico.<sup>1- 2</sup>

#### **TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.**

En el paciente con lumbalgia crónica con sobrepeso y obesidad, se recomienda reducción de peso e intervención de un equipo multidisciplinario.<sup>1, 3,12,17</sup>

Informar y educar al paciente sobre medidas de higiene postural (por ejemplo, la forma correcta de sentarse, cargar objetos pesados, dormir y manejar) así como ejercicios de flexión básicos con la finalidad de limitar manifestaciones clínicas de lumbalgia.<sup>1- 2,9-10</sup>

Proporcionar educación acerca de los factores agravantes, evolución y tiempo estimado de mejoría permite acelerar la recuperación en pacientes con lumbalgia aguda y prevenir el desarrollo de lumbalgia crónica.<sup>1,12</sup>

Tranquilizar 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.<sup>1</sup>

La meta primaria de la rehabilitación en personas con dolor lumbar agudo es tratar de disminuir o eliminar el dolor, procurar la reincorporación a las actividades y el trabajo, prevenir el desacondicionamiento, discapacidad, tendencia a la cronicidad y evitar conductas incorrectas e innecesarias.<sup>1</sup>

Existe evidencia de que los pacientes que se mantienen en un estado activo y continúan con actividades normales de la vida diaria, incluyendo el trabajo, tienen una recuperación más temprana de los síntomas y reduce la discapacidad.<sup>1, 3, 10</sup>

En las personas con dolor lumbar agudo el reposo por más de 2 o 3 días es inefectivo e incluso dañino. No se recomienda reposo en cama. Si la necesidad del dolor lo requiere, será de la menor duración posible.<sup>1, 3, 9- 10, 17</sup>

El masaje disminuye el dolor y aumenta la capacidad funcional cuando se asocia a ejercicio y autocuidado en personas con dolor subagudo.<sup>1, 3, 8, 10, 13</sup>

En paciente con lumbalgia aguda y subaguda se puede recomendar la aplicación de calor local para el alivio del dolor.<sup>1-2</sup>

La aplicación de frío local no se recomienda en lumbalgia aguda y crónica.<sup>1-2,7</sup>

Enviar a rehabilitación a los pacientes con dolor lumbar recurrente o bien lumbalgia crónica mayor de 12 semanas.<sup>1</sup>

Se recomienda referencia a segundo nivel de atención, al paciente con dolor lumbar o radicular asociado a signos de alarma como: antecedentes de cáncer óseo, con pérdida de peso inexplicable, solicitud de consulta por el mismo motivo en el mes anterior; Datos de infección con datos de inmunosupresión, infección cutánea, infección del tracto urinario; Traumatismos, osteoporosis; Aneurisma de la aorta con la presencia de dolor no influido por el movimiento, posturas o esfuerzos; Artropatías inflamatorias; síndrome de Cauda Equina, compresión radicular grave en donde presentan retención de orina, anestesia en silla de montar ó déficit motor progresivo. Con objetivo de establecer un diagnóstico diferencial y establecer tratamiento oportuno.<sup>1</sup>

Referencia a especialidad de neurología a todo paciente con más de 6 semanas de dolor crónico de características atípico, déficit neuromotor o progresivo.<sup>1</sup> Trabajador con más de 6 semanas de incapacidad y que se requiera comprobar mayor tiempo incapacidad laboral o haya requerido incapacidad prolongada.<sup>1</sup>

Se debe tener en consideración antes de determinar los días de incapacidad en un paciente los siguientes factores predictores de cronicidad: episodios de dolor lumbar, edad > de 50 años, dolor irradiado, presencia de Lassague, incapacidad producida por el dolor al inicio del episodio, depresión y aislamiento social o alta demanda física en el trabajo.<sup>1</sup> No se recomienda otorgar incapacidad mayor de 2 días a los pacientes con lumbalgia aguda inespecífica.<sup>1</sup>

## **OBJETIVOS**

### **IV. OBJETIVO GENERAL.**

- Determinar el grado de correlación diagnóstica terapéutica en base a las guías de práctica clínica para pacientes de lumbalgia aguda y crónica del IMSS en la UMF 21 de enero a junio del 2011.

### **V. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Revisar el registro de datos de diagnóstico y terapéutica de lumbalgias agudas y crónicas en los expedientes clínicos de la UMF 21 de enero a junio del 2011.
- Describir el interrogatorio, exploración física, diagnóstico evolutivo, tratamiento farmacológico e indicaciones no farmacológicas de las lumbalgias agudas y crónicas registrados en estos pacientes.
- Comparar estos registros con lo señalado en la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y crónica del IMSS.

## **VI. HIPOTESIS**

Existe al menos una correlación diagnóstica terapéutica del 50% en las acciones registradas en los expedientes de los pacientes con lumbalgias comparado con lo señalado en las guías de práctica clínica del IMSS en la UMF.

## VII. MÉTODOLÓGIA

### A. DISEÑO DEL PROYECTO.

#### 1. TIPO Y CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO.

- Por la intervención del investigador: Observacional
- Por la colección de datos en el tiempo: Retrospectivo
- Por el número de mediciones: Transversal
- Por el número de poblaciones estudiadas: Descriptivo

#### 2. UNIVERSO DE TRABAJO.

- **POBLACION DE ESTUDIO:** Derechohabientes con diagnostico de lumbalgia aguda o crónica, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, Distrito Federal.
- **UNIDAD DE ANÁLISIS:** Datos registrados por los médicos en el expediente clínico.
- **UNIDAD DE OBSERVACIÓN:** Se realizó del expediente clínico con el diagnostico de lumbalgias de primera vez y subsecuente. Se revisaron todas las notas médicas que el paciente haya tenido durante el tratamiento de la lumbalgia.
- **PERIODO DE ESTUDIO:** de julio del 2011 a Septiembre 2011.

### 3. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todos los expedientes de pacientes del sexo masculino y femenino que contaron con el diagnóstico de lumbalgia aguda y/o crónica de los consultorios del Turno matutino y vespertino.
- Que la nota del expediente de lumbalgia contara con los datos registrados de interrogatorio, exploración física con los que se estableció el diagnóstico así como de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Expedientes de pacientes por ese diagnóstico, que se encontraron vigentes y hayan sido atendidos en el periodo de enero a junio del 2011.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente con diagnóstico de neuropatía diabética.
- Paciente con diagnóstico de trastornos de ansiedad o depresión.
- Pacientes con diagnóstico de artritis.

### 4. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA.

El cálculo se realizó con la fórmula de proporciones para poblaciones infinitas.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

A través de la fórmula:

$$n = \frac{(N) (z\alpha^2) (p) (q)}{(d^2)(N-1)+z\alpha^2(P)(q)}$$

En donde:

n = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = debido a que se desconoce la existencia de proporción de congruencia diagnóstico terapéutica en el manejo de lumbalgias, se trabajara al máximo de porcentaje de P que es 50% = 0.5

q = 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio). = 0 .50

d = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar. = 0.05

Z $\alpha$  = Distancia de la media del valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor  $\alpha$  de 0.05, al que le corresponde un valor Z de = 1.96

N= Número de Población 8,679

$$n = \frac{8,679 \times 3.84 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 (8679 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{8,679 \times 3.84 \times 0.0025}{(0.0025) (8678) + (3.84) (0.5)}$$

$$n = \frac{8331.84}{21.69 + 0.96}$$

$$n = \frac{8331,84}{22.65}$$

**n = 367** y por las posibles pérdidas se analizarán **380**

## 5. VARIABLES

### VARIABLE DEPENDIENTE:

- Correlación diagnóstico terapéutico de lumbalgias

### VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Aplicación de la Guía de práctica de lumbalgias de acuerdo al interrogatorio, exploración física, diagnóstico evolutivo, manejo farmacológico, e indicaciones no farmacológicas.

### VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DEL PACIENTE.

- Edad,
- sexo,
- Ocupación,
- IMC
- Turno Adscrito

### VARIABLES SICODEMOGRAFICAS DEL MEDICO.

- Años de antigüedad.
- Sexo.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

**VARIABLE DEPENDIENTE**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
<b>Correlación diagnóstica terapéutico de lumbalgias en base a las guías de práctica clínica.</b>	Similitud en la utilización de los de los criterios diagnósticos terapéuticos farmacológicos y no farmacológicos de las lumbalgias agudas y crónicas señaladas con respecto a las guías de práctica clínica.	Grado de Similitud que existe en los registros del expediente clínico y la aplicación de los criterios recomendados de la Guía de práctica clínica de lumbalgias.	Cualitativa Ordinal.	<p>INTERROGATORIO: -9 a 7 (100-77%) Alta correlación. -6 a 5 (66-55%) Mediana correlación. -4 -1 (44 – 11%) Baja correlación.</p> <p>EXPLORACIÓN FÍSICA: -7 a 5 (100 -71%) Alta correlación. - 4 a 3 (57 -42%) Mediana correlación. -2 a 1 (28 – 14%) Baja correlación.</p> <p>DIAGNOSTICO EVOLUTIVO: -1 (100%) Alta correlación. -0 (0%) Baja correlación.</p> <p>TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: -1: Alta correlación -2: Mediana correlación. - + de 3: Baja correlación.</p> <p>INDICACIONES NO FARMACOLOGICAS. -3: Alta correlación. -2: Mediana correlación. -1: Baja correlación</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
<b>Aplicación de la Guía de práctica de lumbalgias de acuerdo al interrogatorio, Exploración física, diagnóstico evolutivo, manejo farmacológico, e indicaciones no farmacológicas.</b>	Realización sistematizada de los rubros que integran el interrogatorio, la exploración física, diagnóstico evolutivo, manejo farmacológico e indicaciones no farmacológicas	Registro en el expediente clínico la realización sistematizada de los rubros que integran el interrogatorio, la exploración física, diagnóstico evolutivo, manejo farmacológico e indicaciones no farmacológicas	Cualitativa Ordinal	<p>Si la correlación es Alta: Si se Aplica</p> <p>Si la correlación es Media: Se Aplica Parcialmente</p> <p>Si la correlación es baja: No se Aplica</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Interrogatorio Clínico</b>	<p>Actividad realizada por el personal médico que consiste en la anamnesis en cada uno de los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Inicio del dolor.</li> <li>-localización del dolor.</li> <li>- factores que agravan o mitigan el dolor.</li> <li>- la presencia de traumatismos previos.</li> <li>- Frecuencia del dolor.</li> <li>-Signos y síntomas de alarma.</li> <li>-Factores psicosociales del paciente.</li> <li>-Factores de repetición o de sobrecarga.</li> </ul>	<p>Identificación del interrogatorio completo en el expediente electrónico de cada uno de los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inicio del dolor.</li> <li>-localización del dolor.</li> <li>- factores que agravan o mitigan el dolor.</li> <li>- la presencia de traumatismos previos.</li> <li>- Frecuencia del dolor.</li> <li>-Signos y síntomas de alarma.</li> <li>-Factores psicosociales del paciente.</li> <li>-Factores de repetición o de sobrecarga.</li> </ul>	Cuantitativa Ordinal	<p>A cada dato se le calificará</p> <p>1.- SI realizado</p> <p>2.- NO Realizado</p>
<b>Exploración Física</b>	<p>Procedimiento realizado por el personal médico que consiste en los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Habitús exterior.</li> <li>-Postura.</li> <li>-Marcha.</li> <li>-Exploración de la columna.</li> <li>-Movilidad, arcos m.</li> </ul>	<p>Identificación en el expediente clínico la realización de los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Habitús exterior.</li> <li>-Postura.</li> <li>-Marcha.</li> <li>-Exploración de la columna.</li> <li>-Movilidad, arcos de movilidad.</li> </ul>	Cuantitativa Ordinal	<p>A cada dato se le calificará</p> <p>1.- SI realizado</p> <p>2.- NO Realizado.</p>

<p><b>Diagnóstico Evolutivo</b></p>	<p>Práctica del personal médico en identificar la lumbalgia de acuerdo a su evolución en base a la GPC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Aguda: menos de 6 semanas.</li> <li>-Subaguda: de 6 a 12 semanas.</li> <li>-Crónica: más de 6 semanas.</li> </ul>	<p>Identificación en el expediente electrónico el registro de la lumbalgia clasificada de acuerdo a su evolución:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aguda: menos de 6 semanas.</li> <li>-Subaguda: de 6 a 12 semanas.</li> <li>-Crónica: más de 6 semanas.</li> </ul>	<p>Cuantitativa Ordinal</p>	<p>A cada dato se le calificará</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.- SI realizado</li> <li>2.- NO realizado</li> </ul>
<p><b>Tratamiento Farmacológico</b></p>	<p>Recomendación en la Indicación farmacológica de acuerdo al tiempo de evolución de la lumbalgia de acuerdo a la GPC.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Paracetamol: 1ra elección en lumbalgia aguda.</li> <li>-AINE': 2da elección en lumbalgia aguda.</li> <li>-Paracetamol + AINE: en lumbalgias crónicas.</li> <li>-Opiáceos: en lumbalgias agudas o crónicas que no respondieron a paracetamol +AINE.</li> <li>-Relajantes musculares No Benzodiazepinicos: Espasmos musculares intensos.</li> <li>-antidepresivos</li> </ul>	<p>Registro en el expediente clínico el tratamiento farmacológico de acuerdo al tiempo de evolución de la lumbalgia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Paracetamol: 1ra elección en lumbalgia aguda.</li> <li>-AINE': 2da elección en lumbalgia aguda.</li> <li>-Paracetamol + AINE: en lumbalgias crónicas.</li> <li>-Opiáceos: en lumbalgias agudas o crónicas que no respondieron a paracetamol +AINE.</li> <li>-Relajantes musculares No Benzodiazepinicos: Espasmos musculares intensos.</li> <li>-antidepresivos</li> </ul>	<p>Cuantitativa Ordinal</p>	<p>A cada dato se le calificará</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.- SI realizado</li> <li>2.- NO realizado</li> </ul>

	<p>tricíclicos: Lumbalgias crónicas que hayan fracasado al tratamiento convencional.</p>	<p>tricíclicos: Lumbalgias crónicas que hayan fracasado al tratamiento convencional.</p>		
<p><b>Indicaciones no Farmacológicas</b></p>	<p>Recomendaciones en las lumbalgias agudas y crónicas de acuerdo a la recomendación de la GPC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reducción de peso en pacientes con sobrepeso y obesidad.</li> <li>-Actividad física e higiene postural.</li> <li>-Masaje.</li> <li>-Calor local.</li> <li>-Rehabilitación: Dolor lumbar recurrente, o lumbalgia crónica.</li> <li>-Referencia a Ortopedia: Dolor con datos de alarma, lumbalgia crónica atípica, déficit neuromotor progresivo, trabajador IMSS con más de 6 semanas y se requiera comprobar su incapacidad.</li> </ul>	<p>Registro en el expediente clínico las recomendaciones no farmacológicas en las lumbalgias agudas y crónicas de acuerdo a la GPC.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reducción de peso en pacientes con sobrepeso y obesidad.</li> <li>-Actividad física e higiene postural.</li> <li>-Masaje.</li> <li>-Calor local.</li> <li>-Rehabilitación: Dolor lumbar recurrente, o lumbalgia crónica.</li> <li>-Referencia a Ortopedia: Dolor con datos de alarma, lumbalgia crónica atípica, déficit neuromotor progresivo, trabajador IMSS con más de 6 semanas y se requiera comprobar su incapacidad.</li> </ul>	<p>Cuantitativa Ordinal</p>	<p>A cada dato se le calificará</p> <p>1.- SI realizado</p> <p>2.- NO realizado</p>

### VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DEL PACIENTE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
<b>EDAD</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha.	Edad en años cumplidos que refiere la pacientes	Cuantitativa discreta	Edad cumplida en años
<b>SEXO</b>	Condición orgánica, masculina o femenina	Características fenotípicas de las personas estudiadas	Cualitativa Nominal	1. Masculino 2. Femenino
<b>OCUPACIÓN</b>	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada empleo.	Trabajo que desempeña y el que está registrado en el expediente electrónico.	Cualitativa	1. Obrero 2. Ama de casa 3. Comerciante 4. Empleado 5. Otro. 6. No registrado
<b>ÍNDICE DE MASA CORPORAL</b>	Medida de asociación entre el peso de un individuo y la talla expresada en metros elevada al cuadrado. Siendo definida por la OMS como Normal de 18.5 a 25, sobrepeso de 25 a 29.9, Obesidad Leve de 30 a 34.9, Obesidad Media: 35 a 39.9 y Obesidad Mórbida mayor de 40	Medida de asociación peso y talla en metros cuadrados al cuadrado que presenta el paciente en el expediente clínico	Cualitativa nominal	1. Bajo peso (menor de 18.5) 2. Normal (18.5 – 25) 3. Sobrepeso (25 – 29.9) 4. Obesidad G1 (30 – 34.9) 5. Obesidad G2 (35 – 39.9) 6. Obesidad G3 (mayor de 40)
<b>TURNO ADSCRITO</b>	Turno en que se le da atención al paciente ya sea Matutino o vespertino.	Registro de turno en el expediente clínico.	Cualitativa nominal	1. Matutino 2. Vespertino.

**VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DEL MEDICO**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha.	Edad en años cumplidos del médico tratante	Cuantitativa discreta	Edad cumplida en años
<b>Sexo</b>	Condición orgánica, masculina o femenina fenotípicamente	Características fenotípicas del médico tratante	Cualitativa Nominal	1.Masculino o 2.Femenino

**Unidad de medición:** Expedientes clínicos de pacientes de ambos sexos con diagnóstico de lumbalgias de ambos turnos.

**6. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar N. 21 del IMSS de la delegación 4 sur de la Ciudad de México, comprendido en el periodo de Enero a Junio del 2011, con el objetivo de determinar el grado de correlación diagnóstica terapéutica en base a las guías de práctica clínica para pacientes de lumbalgias agudas y crónicas.

Se recabó información literaria para la formación del marco teórico, se solicitó por escrito en el servicio de estadística de ARIMAC la población diagnosticada con lumbalgia en periodo comprendido de enero a diciembre del 2010 dando un total de 8,769.

Se realizó consentimiento informado dirigido a cada médico adscrito a un consultorio médico del turno matutino ó vespertino de la unidad de Medicina Familiar N. 21 (Anexo B) para realizar el estudio, en el cual se basó en la revisión de los expedientes de ambos turnos. Se diseñó un formato para la recolección de datos que estuvo basado en las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Lumbalgias. (ANEXO A)

De acuerdo al cálculo de la muestra es de 380 pacientes, el trabajo de campo se llevó a cabo de Mayo a Septiembre en donde revisaron expedientes electrónicos para llenar el formato de recolección de datos.

De Octubre a Noviembre se organizó la base de datos y se hizo el análisis de resultados con el programa estadístico SPSS, se reportaron los resultados en cuadros y gráficas. Y se destinó el mes de Diciembre para la redacción final del documento.

Se diseñó un instrumento de medición con los siguientes datos: semiología clínica, exploración física, diagnóstico evolutivo, tratamiento farmacológico e indicaciones no farmacológicas, que forman parte de las recomendaciones de la GPC de lumbalgias agudas y crónicas. El instrumento se realizó por medio de una escala para valorar el grado de correlación; para su diseño se tomo como referencia escalas validadas y diseñadas por el Dr. Leonardo Viniegra en la evaluación de la aptitud clínica del médico.

## VIII. RECURSOS.

- Información de base de datos de ARIMAC.
- Expedientes clínicos de los consultorios del turno matutino y vespertino que cuenten con los diagnósticos de lumbalgias agudas y crónicas.
- lápices, hojas de papel para la impresión de instrumentos de recolección, computadora para realizar y analizar la base de datos.



## VIII. BIOÉTICA.



### PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

### **CORRELACION DIAGNOSTICA TERAPEUTICA EN BASE A LAS GUIAS DE PRACTICA CLÍNICA PARA PACIENTES CON LUMBALGIAS AGUDAS Y CRONICAS DEL IMSS EN LA UMF 21 DE ENERO A JUNIO DEL 2011.**

**DR. J.MENESES GARDUÑO, DR. FABIAN AVALOS PÉREZ, DRA. XELONEL IZASMENDI MOCTEZUMA**

#### CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para la realización de este estudio se tomaron en cuenta las consideraciones éticas descritas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Internacional, (2000) Respeto a la autonomía y confidencialidad de los individuos. Este estudio no tiene riesgos para la salud del paciente, se realizará una evaluación de la atención médica dirigida al diagnóstico y tratamiento de pacientes con lumbalgias agudas y crónicas

Esta investigación considera lo estipulado por "Ley General de Salud" de México y con su "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", en su título quinto en el cual se establecen en el artículo 96 las acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos y la prevención y control de los problemas que se consideran prioritarios.

También se establece de acuerdo a su artículo 17 como investigación sin riesgo. Ya que solo se realizará revisión de expedientes clínicos y no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes, dado que la investigación se realizará se notificará al médico de la revisión de los expedientes electrónicos de lumbalgias y se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los resultados obtenidos de esta investigación.

Se cumplen con lo estipulado por la Ley General de salud en los artículos 98 en la cual estipula la espera de la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en materia de seguridad.

Se siguen las indicaciones de la Council for International Organization of Medical Sciences CIOMS. Considerando los principios éticos de autonomía: respetando la individualidad de los pacientes por medio del consentimiento informado verbal y con la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento. No maleficencia: cuidando de la no exploración ya que las personas que participan en el estudio son parte de la población que se puede ver directamente beneficiada con los resultados. También se declara que no existe conflicto de interés en el desarrollo de la investigación ni en el financiamiento del mismo. Respeto a las personas y justicia.

## RESULTADOS Y ANALISIS.

Dentro del análisis descriptivo de la muestra en base a la revisión de los 380 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de lumbalgias en la Unidad de Medicina Familiar N21 del IMSS, comprendido en el periodo de enero a junio del 2011 se obtuvieron los siguientes resultados:

**Grafica 1. Pacientes con diagnóstico de lumbalgias distribuidos por sexo de la UMF 21 del IMSS, en el periodo de enero a junio del 2011.**



**FUENTE:** Revisión de expedientes Clínicos con diagnóstico de lumbalgia de enero a junio del 2011 en la UMF 21 del IMSS

En el análisis realizado a los pacientes con lumbalgia se encontró que el sexo femenino predominó con 55% (209) de casos, en tanto que el sexo masculino presentó el 45% (171).

De estos 380 pacientes en cuanto a su distribución por sexo y al turno en que están adscritos se encontró los siguientes datos:

**Tabla 1. Distribución de los pacientes con lumbalgias por sexo de acuerdo al turno de adscripción correspondiente en la UMF 21 de enero a junio del 2011.**

<b>n: 380</b>	<b>TURNO Matutino</b>	<b>TURNO Vespertino</b>	<b>TOTAL</b>
<b>MUJERES</b>	<b>105</b> 28%	<b>106</b> 28%	<b>211</b> 56%
<b>HOMBRES</b>	<b>104</b> 27%	<b>65</b> 17%	<b>169</b> 44%
<b>TOTAL</b>	<b>209</b> 55%	<b>171</b> 45%	<b>380</b> 100%

**FUENTE:** Revisión de expedientes Clínicos con diagnóstico de lumbalgia de enero a junio del 2011 en la UMF 21 del IMSS

En cuanto al turno hubo una distribución muy similar en el sexo femenino, ya que en el turno matutino fueron 105 pacientes y el vespertino 106; sin embargo en el sexo masculino se presentó un número mayor en el turno matutino con 104 pacientes mientras que en el turno vespertino fue de 65.

De los 380 expedientes electronicos de pacientes con diagnóstico de lumbalgias, se analizó por su índice de masa corporal encontrando lo siguiente:

**Tabla 2. Índice de masa corporal en pacientes con diagnóstico de lumbalgia.**

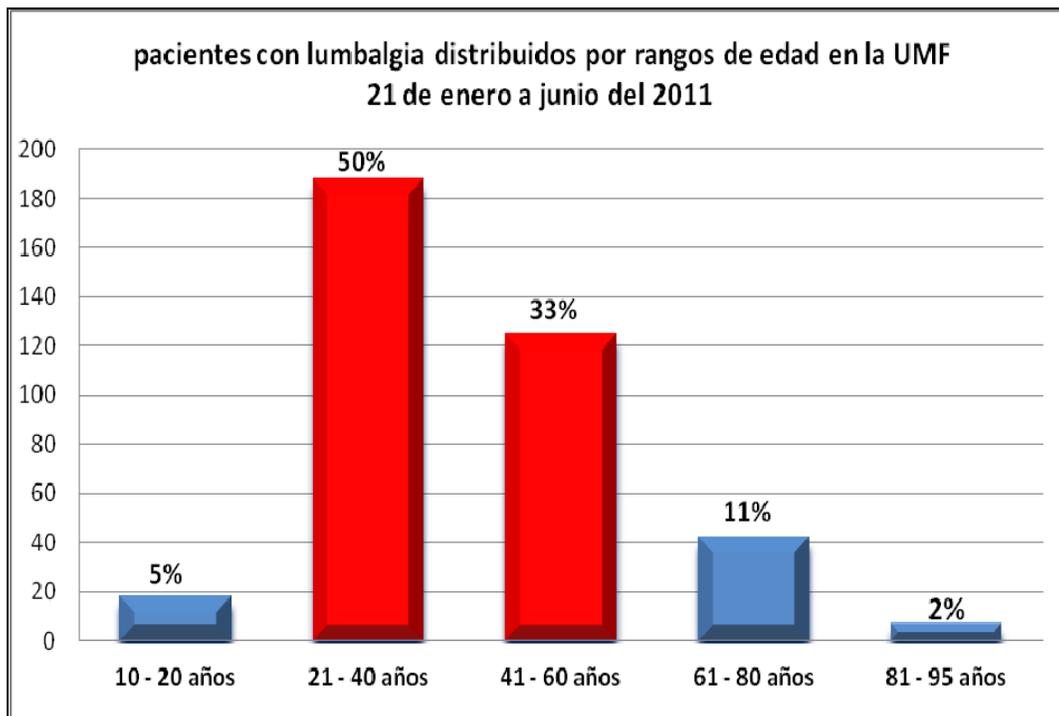
INDICE DE MASA CORPORAL	FRECUENCIA n: 380	PORCENTAJE %
Bajo peso	1	.3%
Normal	111	29.2%
Sobrepeso	141	37.1%
Obesidad GI	90	23.7%
Obesidad GII	29	7.6%
Obesidad GIII	8	2.1%
Total	380	100.0%

**FUENTE:** Revisión de expedientes Clínicos con diagnóstico de lumbalgia de enero a junio del 2011 en la UMF 21 del IMSS

En base a su Índice de Masa Corporal se obtuvo que 141 pacientes presentan sobrepeso mientras que en 127 pacientes tienen obesidad en sus diferentes grados, lo que equivale a un 33.5% como uno de los factores de riesgo en la presentación de lumbalgias.

De los 380 pacientes se analizó la distribución de acuerdo a su rango de edad se distribuyo de la siguiente manera.

**Grafica 2. Distribución de pacientes con lumbalgias pertenecientes a la UMF 21 del IMSS, distribuidos por rangos de edad en el periodo de enero a junio del 2011.**

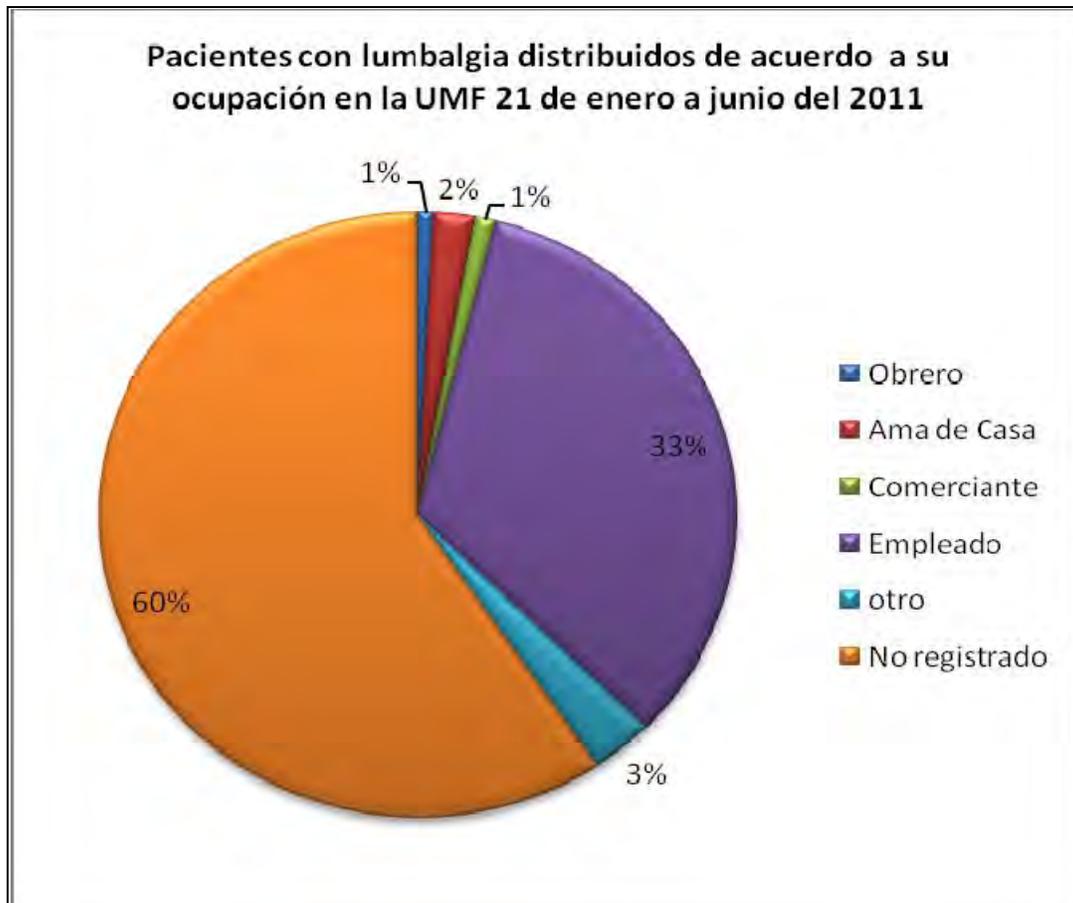


**FUENTE:** Revisión de expediente Clínico con diagnóstico de lumbalgia 2011 en la UMF 21 del IMSS

Se obtuvo una mayor proporción de los 21 a 40 años de edad con un 50% que equivale a 188 pacientes, seguido del rango de los 41 a 60 años de edad con un 33% equivalente a 125 pacientes. Esto se refleja con una tendencia elevada en la población activa y a su vez repercute en un alto índice de las incapacidades, lo que equivale a un gasto mayor en su atención.

La ocupación registrada se distribuyó de la siguiente manera:

**Grafico3. Distribución de pacientes con lumbalgias en relación a su ocupación en la UMF 21 de enero a junio del 2011**

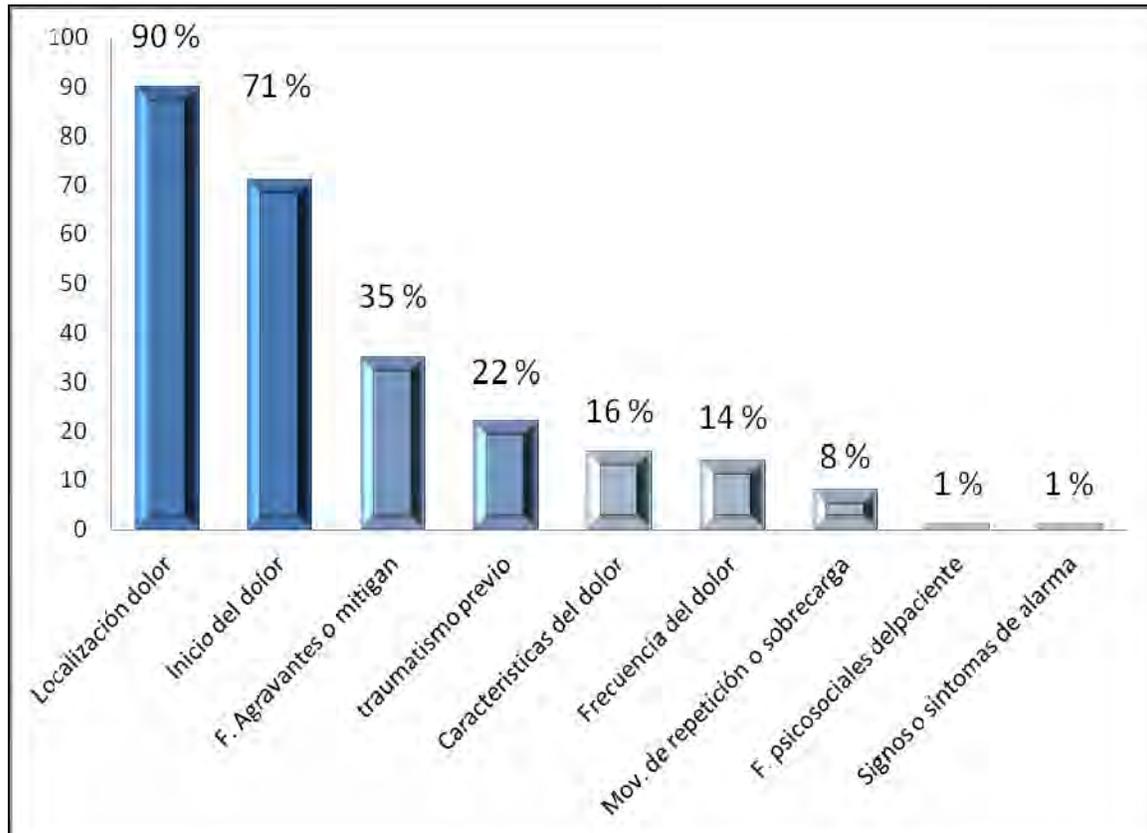


**FUENTE: Revisión de expediente Clínico con diagnóstico de lumbalgia 2011 en la UMF 21 del IMSS**

Como resultado se obtuvo que el 60% (266 pacientes) no tenían registrado su ocupación, le sigue el 33% (127 pacientes) eran empleados, un 3% (12 pacientes) como otros, el 2% (8 pacientes) como ama de casa y finalmente una distribución similar entre obrero y comerciante respectivamente.

En el registro de datos del interrogatorio, se obtuvo lo siguiente:

**Grafica 4. Datos del Interrogatorio en el expediente clínico para el diagnóstico de lumbalgias de acuerdo a las GPC.**

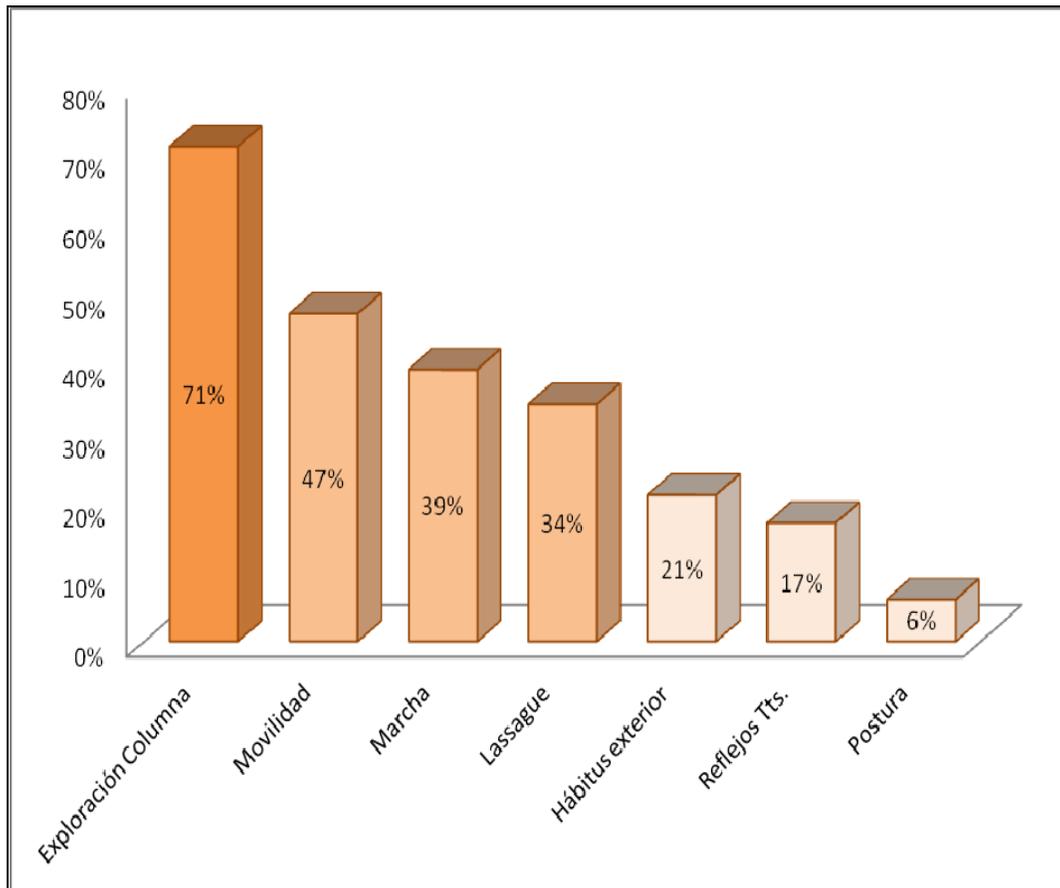


**FUENTE:** Revisión de expediente Clínico con diagnóstico de lumbalgia 2011 en la UMF 21 del IMSS

Se observa que de los datos del interrogatorio, el más anotado fue la localización del dolor en un 90% (Alta correlación), seguido del la fecha de inicio del dolor en un 71% (buena correlación). Y los datos que menos se anotan es la presencia de signos y síntomas de alarma, como los datos psicosociales del paciente.

La exploración física estuvo registrada bajo los siguientes datos:

**Grafica 5. Datos de la Exploración física para el diagnóstico de lumbalgias de acuerdo a las GPC.**



**FUENTE:** Revisión de expedientes clínicos con diagnóstico de lumbalgia de enero a junio del 2011 en la UMF 21 del IMSS

Tomando en cuenta a los siete rubros de la exploración física que se debe realizar y anotar en la exploración física, el que en mayor porcentaje se realizó fue la exploración de columna en un 71% (Alta correlación), seguido de la exploración de la movilidad 47% (mediana correlación). Con un bajo porcentaje de anotación sobre el hábitus exterior, exploración de reflejos osteotendinosos y postura del paciente (baja correlación).

En cuanto al diagnóstico registrado por el tiempo de evolución de las lumbalgias.

**Grafica 7. Diagnóstico de lumbalgias de acuerdo al tiempo de evolución.**

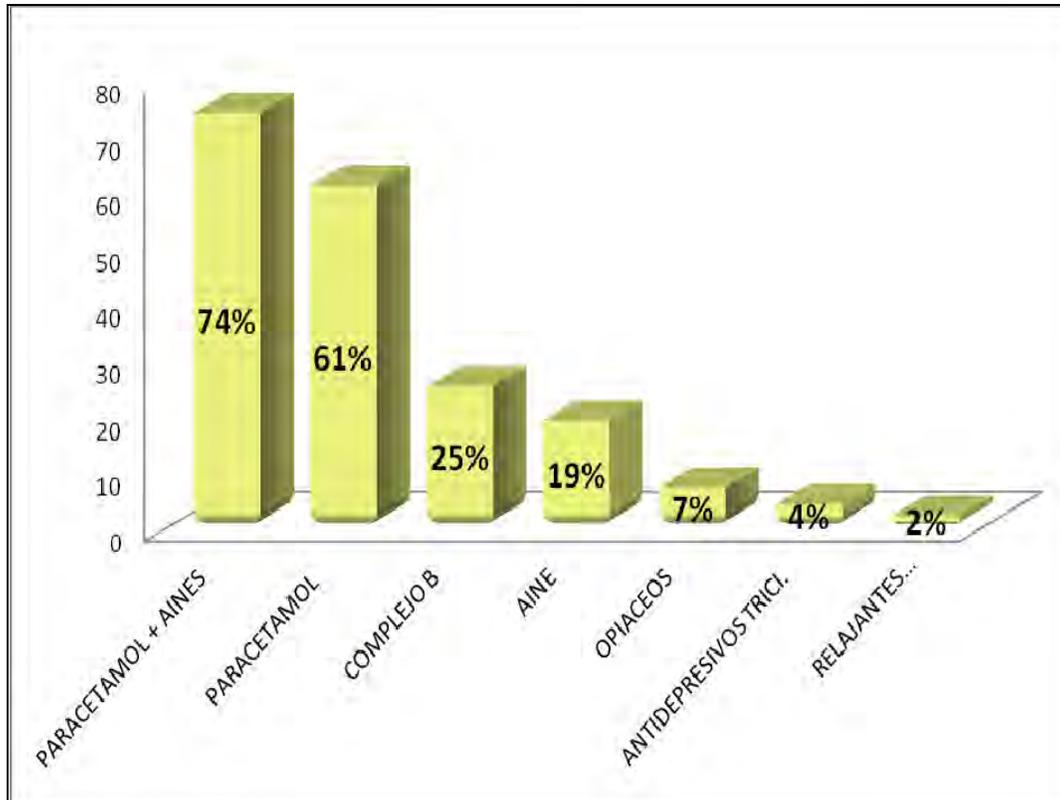


**FUENTE:** Revisión de expedientes clínicos con diagnóstico de lumbalgia de enero a junio del 2011 en la UMF 21 del IMSS

Se observa que de los 380 pacientes con diagnóstico de lumbalgias, el 83% de no fueron diagnosticados de acuerdo al tiempo de evolución (Baja correlación), mientras que en el 17% sí lo registra de acuerdo a ese criterio (Alta correlación).

## El tratamiento farmacológico

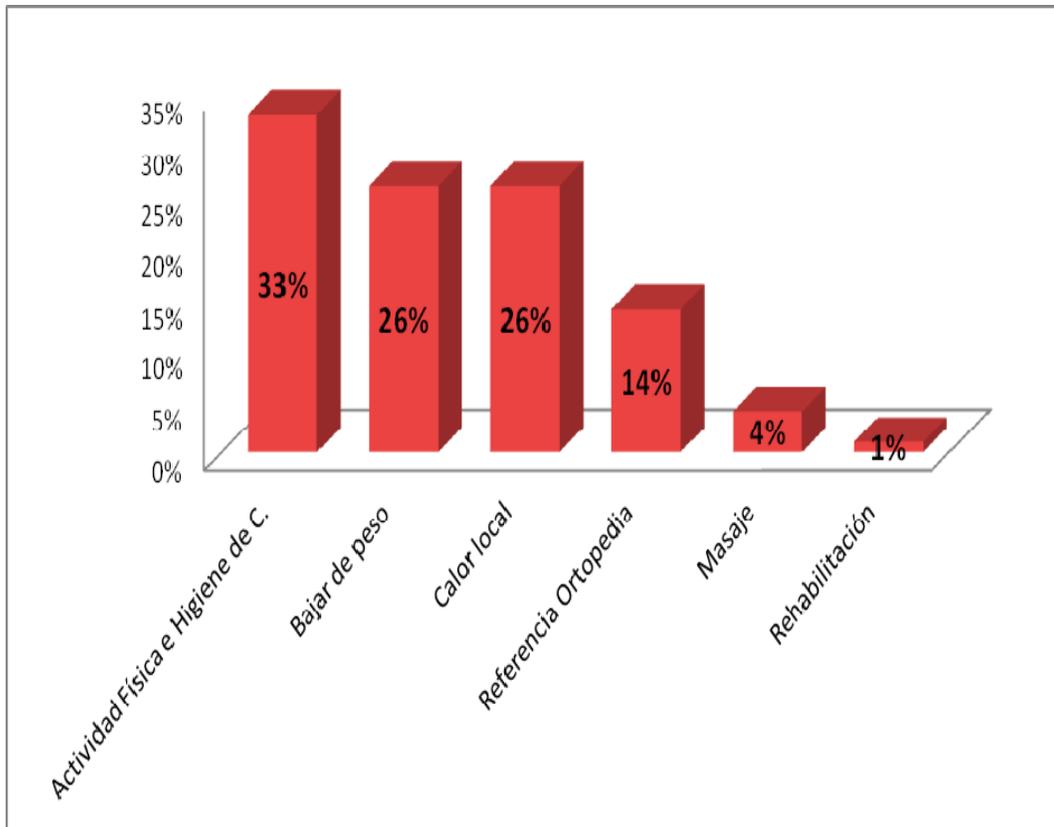
**Grafica 8. Recomendaciones farmacológicas anotadas en el expediente para el tratamiento de lumbalgias de acuerdo a las GPC en la UMF 21, IMSS de enero a junio del 2011.**



**FUENTE:** Revisión de expedientes clínicos con diagnóstico de lumbalgia de enero a junio del 2011 en la UMF 21 del IMSS

El tratamiento más empleado es la terapia combinada de paracetamol más un AINE en un 74 %, de ahí le sigue el manejo de terapia única con paracetamol en un 61%. La medicina basada en evidencias y la GPC del IMSS no indican complejo b como parte del tratamiento para las lumbalgias, sin embargo se sigue prescribiendo como tratamiento para el manejo de estos pacientes en un 25%.

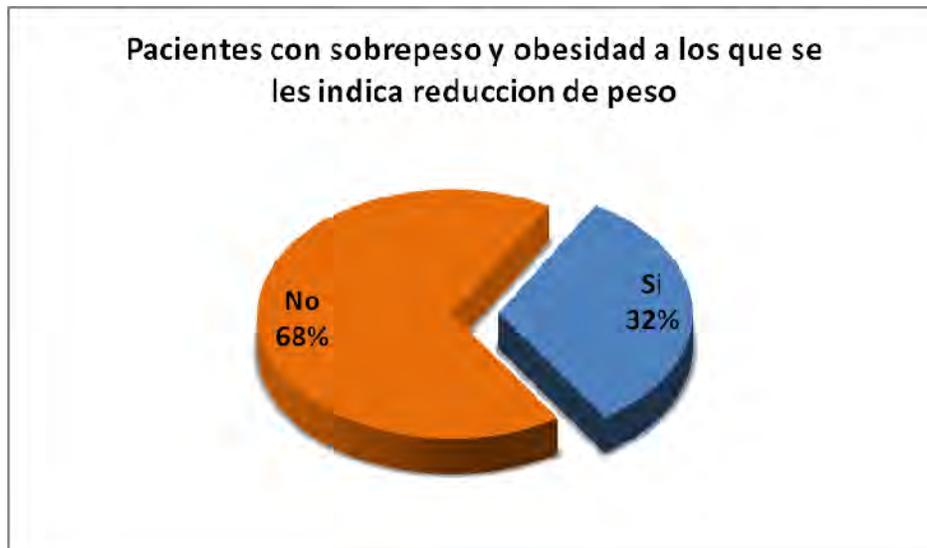
**Grafica 8. Indicación No farmacológica anotadas en el expediente clínico para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgias de acuerdo a las GPC en la UMF 21 , IMSS de enero a junio del 2011.**



A todos los pacientes con lumbalgia se les debe indicar continuar sus actividades de la vida diaria e higiene postural, masaje y calor local siempre y cuando no se cuente con signos y síntomas de alarma, sin embargo dentro de las actividades registradas dentro del expediente solo se registra en un mayor porcentaje la actividad física e higiene postural en un 33% mientras que la recomendación menos anotada es la referencia a Rehabilitación.

Se cuenta que del total de los pacientes sólo se refirieron un 14% al servicio de Ortopedia.

**Grafica 5. 268 pacientes que presentan sobrepeso y obesidad aunado a lumbalgia con la indicación de reducción de peso**



De los 268 pacientes con sobrepeso y obesidad, se encontró la indicación de reducción de peso en un 32%, mientras que un 68% no realizó esta acción. Motivo por el cual es un factor determinante en la evolución y la disminución de la sintomatología.

## **DISCUSION.**

No se cuenta con estudios previos en los que se correlacionen las guías de práctica clínica con su correcta aplicación.

Por lo que el presente estudio es importante para determinar el grado de conocimiento sobre los lineamientos en base a lumbalgias que se deben registrar para una adecuada atención en los pacientes con esta patología con el fin de mejorar y optimizar los recursos con los que cuenta la unidad y unificar criterios entre los diferentes niveles de atención.

## **CONCLUSIONES.**

Se determinó el porcentaje de la correcta aplicación de las GPC en el diagnóstico y tratamiento de las lumbalgias. Se separó la información por rubros de la siguiente manera: interrogatorio, exploración física, diagnóstico en base a su evolución cronológica, tratamiento farmacológico e indicaciones no farmacológicas.

- **INTERROGATORIO.** En cuanto a las acciones realizadas para la conformación del interrogatorio, se encontró que de nueve rubros solo dos (la localización del dolor e inicio del dolor) son realizados con una alta correlación. Teniendo como calificación global de los nueve rubros un 22% como adecuada aplicación de las recomendaciones de la GPC de lumbalgias del IMSS.

- **EXPLORACION FÍSICA.** De los siete rubros para una correcta exploración física solo se encontró en un mayor porcentaje 1 rubro que es la realización de la exploración de columna con un 71% lo que equivale a una (alta correlación), seguido de la exploración de la movilidad 47% (mediana correlación). Teniendo como resultado global un 14% de la adecuada aplicación de las recomendaciones de la GPC de lumbalgias del IMSS.
- **DISGNOSTICO.** De acuerdo a su tiempo de evolución solo un 17% lo registra, y un 83% no lo registra, por lo tanto es un registro con baja correlación. El diagnóstico de acuerdo a su cronicidad es importante porque de ahí parte el tratamiento farmacológico y su referencia adecuada. De acuerdo a su aplicación corresponde a una baja correlación.
- **TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.** La GPC recomienda el manejo inicial como primera elección el paracetamol y en segunda opción un AINE, y en lumbalgias crónicas la terapia combinada, teniendo como resultado que los médicos optan más por la terapia combinada. En el tratamiento la GPC no se recomienda el complejo B y sin embargo se sigue indicando en un 25%.

## **COMENTARIOS.**

- La fortaleza del presente estudio, es la evidencia del abordaje actual con la que se desempeña el médico ante las lumbalgias. Nos permite identificar los puntos débiles para posteriormente ser reforzados con las recomendaciones de las guías de práctica clínica del IMSS.

## **SUGERENCIAS.**

- Hacer un estudio en donde se identifique las posibles causas por las cuales no se registra las recomendaciones de las guías de práctica clínica en lumbalgias.
- Realizar estrategias para reforzar el apego a que se realicen estas acciones. Como por ejemplo, en las juntas semanales de la coordinación con los médicos, se debería revisar una guía de práctica clínica del IMSS, teniendo en cuenta las patologías más frecuentes.
- Realizar capacitación multidisciplinaria a los médicos sobre el manejo de las lumbalgias con ayuda de las GPC en las que se integre salud en el trabajo, traumatología, psicología, trabajo social y coordinadores.

**ANEXO A.**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



Estudio de Investigación:

**“CORRELACION DIAGNOSTICA TERAPEUTICA EN BASE A LAS GUIAS DE PRACTICA CLÍNICA PARA PACIENTES CON LUMBALGIAS AGUDAS Y CRONICAS DEL IMSS EN LA UMF 21”.**

**DR. J.MENESES GARDUÑO, DR. FABIAN AVALOS PÉREZ, DRA. XELONEL IZASMENDI  
MOCTEZUMA RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS**

Marque con X la respuesta correcta de acuerdo a los datos encontrados en el expediente del paciente en los últimos 6 meses.

DATOS DEL PACIENTE		
1	FOLIO _____	
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____	
3	NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre (s)	
4	SEXO                      1. Femenino ( )                      2. Masculino ( )	
5	EDAD:	
6	NSS: _____	
7	TURNO:    1. Matutino ( )    2. Vespertino ( )	
8	NÚMERO DE CONSULTORIO: (____)	
9	OCUPACION    1. Obrero ( ) 2. Ama de casa ( ) 3. Comerciante ( ) 4. Empleado ( ) 5. Otro ( ) 6. No Registrado ( )	
10	INDICE DE MASA CORPORAL PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____  1. Bajo peso      Menos de 18.4 ( ) 2. Normal        18.5 – 24.9 ( ) 3. Sobrepeso     25 – 29.9 ( ) 4. Obesidad G1   30 – 34.9 ( ) 5. Obesidad G2   35 – 39.9 ( ) 6. Obesidad G3   > de 40 ( )	

DATOS DEL MEDICO		
11	SEXO 1. Femenino ( )      2. Masculino ( )	
12	EDAD:	
13	AÑOS DE ANTIGÜEDAD	
14	GRADOS DE ESTUDIO 1. Licenciatura. ( ) 2. Especialidad ( ) 3. Subespecialidad ( )	
ELEMENTOS ESCENCIALES DEL INTERROGATORIO Y DEL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE CON SINDROME DOLOROSO LUMBAR		
¿SE REGISTRO EN EL EXPEDEINTE ELECTRONICO LOS SIGUIENTES DATOS DEL INTERROGATORIO?		
16	INICIO DEL DOLOR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
17	LOCALIZACION DEL DOLOR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
18	TIPO Y CARACTERISTICAS DEL DOLOR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
19	FACTORES QUE LO AUMENTAN Y DISMINUYEN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
20	TRAUMATISMOS PREVIOS EN REGION DORSOLUMAR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
21	FACTORES PSICOSOCIALES DE ESTRÉS EN EL HOGAR O EN EL TRABAJO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
22	FACTORES MOVIMIENTOS REPETIDOS Y SOBRECARGA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
23	¿ES EL PRIMER CUADRO DOLOROSO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
24	PRESENCIA DE SIGNOS DE ALARMA (EJEMPLO: CÁNCER, INFECCIÓN, FRACTURA, ANEURISMA DE LA AORTA, ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS, SINDROME DE CAUDA EQUINA, COMPRESION RADICULAR GRAVE)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

<b>¿SE REGISTRO EN EL EXPEDEINTE ELECTRONICO LOS SIGUIENTES DATOS DEL LA EXPLORACION FÍSICA?</b>		
25	<b>APARIENCIA EXTERIOR: POSTURA DEL PACIENTE, FACIES, CONDUCTA DOLOROSA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
26	<b>MARCHA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
27	<b>POSTURA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
28	<b>EXAMEN DE LA COLUMNA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
29	<b>ARCOS DE MOVILIDAD</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
30	<b>EVALUACION NEUROLOGICA (REFLEJO AQUILEO, PEDIO; BABINSKI, REFLEJO PATELAR E ISQIOTIBIALES. FLEXOR, ABDUCTOR, ROTADOR INTERNO, ADUCTOR DE LA CADERA)</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
31	<b>EVALUACIÓN DE LA PIERNA EN EXTENSIÓN (EXTENSION)</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>REPORTE DE LABORATORIOS Y GABINETE</b>		
32	<b>SE SOLICITA ESTUDIOS DE LABORATORIO EN PACIENTES CON LUMBALGIA CUANDO SE PRESENTA DEFICIT NEUROLOGICOSEVEROSO PROGRESIVOS, O BIEN ANTE LA SOSPECHA DE ENFERMEDAD ESPECIFICA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
33	<b>REALICE BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA, VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR Y OTROS EXAMENES DE LABORATORIO, ANTE UN PACIENTE CON SOSPECHA CLINICA FUNDAMENTADA DE LUMBALGIA INFLAMATORIA O SISTEMICA Y/O PRESENCIA DE SIGNOS DE ALARMA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
34	<b>SE SOLICITARON RADIOGRAFIAS, RESONANCIA MAGNETICA Y TOMOGRAFIA EN PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA INESPECÍFICA Y SIN DATOS DE SIGNOS DE ALARMA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

DIAGNÓSTICO	
35	<p>¿SE ENCUENTRA REGISTRADO EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO EL TIPO DE LUMBALGIA DE ACUERDO AL TIEMPO DE EVOLUCIÓN?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AGUDA MENOS DE 6 SEMANAS</li> <li>• SUB AGUDA DE 6 A 12 SEMANAS</li> <li>• CRÓNICA MAYOR DE 12 SEMANAS</li> </ul> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	
36	<p>¿SE UTILIZÓ COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA ELECCIÓN EL PARACETAMOL EN PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA, SUBAGUDA O CRÓNICA?</p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
37	<p>¿SE RECOMIENDA COMO FARMACO DE SEGUNDA ELECCION, EL EMPLEO DE UN AINE DURANTE PERIODOS CORTOS O EN LA MENOR DOSIS POSIBLE (NO MAS DE 4 SEMANAS) PARA EL TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIAS?</p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
38	<p>¿EL MÉDICO PRESCRIBE EN EL EXPEDIENTE CLINICO LA COMBINACIÓN DE PARACETAMOL CON UN AINES A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LUMBALGIAS CRÓNICAS?</p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
39	<p>¿SE INICÓ EL TRATAMIENTO DE OPIÁCEOS MENORES DURANTE PERIODOS CORTOS E INTERVALOS REGULARES EN PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA O CRÓNICA QUE NO RESPONDIERON A PARACETAMOL Y AINES?</p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
40	<p>¿SE INDICÓ RELAJANTE MUSCULAR DE TIPO NO BENZODIÁZEPINICO DURANTE UN PERIODO CORTO EN AQUELLOS PACIENTES CON DOLOR LUMBAR AGUDO PERSISTENTE TRAS HABER INDICADO TRATAMIENTO CON PARACETAMOL O AINE A INTERVALOS REGUALRES?</p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
41	<p>EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LUMBALGIAS QUE HAYAN FRACASADO A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES, ¿SE INDICÓ DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS O HETEROCÍCLICOS A DOSIS ANTIDEPRESIVAS?</p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
41	<p>EL MEDICO INDICA INFILTRACIONES FACETARIAS E INTRADISCALES CON ESTEROIDES PARA LOGRAR UNA DISMINUCION DE LAS LUMBALGIAS SUBAGUDA Y</p>

	<p><b>CRONICAS, YA QUE NO SON EFICACES.</b></p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
42	<p><b>EL MÉDICO REGISTRA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO EL TRATAMIENTO DE COMPLEJO B PARA LUMBALGIAS INESPECÍFICAS. YA QUE NO HAY EVIDENCIA DE SU EFICACIA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR INESPECÍFICO.</b></p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

**TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO**

43	<p><b>¿EL MÉDICO ANOTA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LA RECOMENDACIÓN DE BAJAR DE PESO A PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA Y SOBREPESO?</b></p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
44	<p><b>¿EL MÉDICO ANOTA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES SOBRE HIGIENE POSTURAL, FORMA CORRECTA DE SENTARSE, CARGAR OBJETOS PESADOS, DORMIR, MANEJAR, EJERCICIOS DE FLEXIÓN, MANTENER ESTADO ACTIVO Y CONTINUAR ACTIVIDADES NORMALES DE LA VIDA DIARIA, COMO EL TRABAJO?</b> <i>CON MÁS DE 2 ES SI.</i></p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
45	<p><b>¿EL MÉDICO ANOTA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LA RECOMENDACIÓN DE MASAJE ASOCIADO A EJERCICIO Y EL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA?</b></p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
46	<p><b>¿EL MÉDICO ANOTA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LA RECOMENDACIÓN DE LA APLICACIÓN DE CALOR LOCAL PARA EL ALIVIO DE LAS LUMBALGIAS?</b></p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
47	<p><b>¿SE HACE REFERENCIA A REHABILITACION A PACIENTES CON DOLOR LUMBAR RECURRENTE O BIEN DOLOR LUMBAR CRONICO MAYOR DE 12 SEMANAS?</b></p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
48	<p><b>¿EL MÉDICO ANOTA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LA REFERENCIA 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?</b></p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
49	<p><b>¿SE REFIERIO A TODO PACIENTE CON DOLOR LUMBAR DE MAS DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN SIN SIGNOS DE ALARMA QUE PERSISTE A PESAR DE TRATAMIENTO CORRECTO?</b></p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

50	<p><b>SE OTORGA INCAPACIDAD MAYOR DE 2 DIAS A LOS PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA INESPECIFICA</b></p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
51	<p><b>SE REALIZA REFERENCIA A PACIENTE TRABAJADOR CON MAS DE 6 SEMANAS DE INCAPACIDAD Y QUE SE REQUIERE COMPROBAR MAYOR INCAPACIDAD O POR INCAPACIDAD PROLONGADA</b></p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	

	<b>VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO</b>	
52	<p><b>¿SE LE INDICA CITA DE REVALORACION A PACIENTE CON LUMBALGIA AGUDA INESPECIFICA ENTRE LAS 2 A 4 SEMANAS DE INSTITUIDO EL TRATAMIENTO, CON LA FINALIDAD DE EVALUAR RESPUESTA TERAPEUTICA?</b></p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
53	<p><b>¿SE LE INSTITUYE AL PACIENTE CON RELACION AL SEGUIMIENTO, ACUDIR A CONSULTA SI NO HAY MEJORÍA CON EL TRATAMIENTO ESTABLECIDO Y ANTE DOLOR INTENSO QUE PERSISTE, EMPEORA O PROGRESA?</b></p> <p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	



## ANEXO B

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



#### **CORRELACIÓN DIAGNOSTICA TERAPEÚTICA EN BASE A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA PACIENTES CON LUMBALGIAS AGUDAS Y CRÓNICAS DEL IMSS EN LA UMF 21.**

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

YO: \_\_\_\_\_ Médico  
o de la Clínica 21 del IMSS, Titular del consultorio \_\_\_\_\_  
Turno \_\_\_\_\_ por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: correlación diagnóstica terapéutica en base a las guías de práctica clínica para pacientes con lumbalgias agudas y crónicas.

El objetivo es determinar el grado de correlación diagnóstica terapéutica en base a las guías de práctica clínica para pacientes de lumbalgias aguda y crónica, el cual se basará en la revisión de los expedientes de ambos turnos. Se diseña un formato para la recolección de datos que está basado en las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de lumbalgias.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en proporcionar la base de datos del expediente electrónico del consultorio a mi cargo a fin de aportar la información que se me ha solicitado para que se lleve a cabo el protocolo antes mencionado en Instituto Mexicano del Seguro Social. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
**MEDICO DEL CONSULTORIO**  
**R2MF.**

\_\_\_\_\_  
**DRA. XELONEL IZASMENDI MOCTEZUMA**

**INVESTIGADOR**

\_\_\_\_\_  
**TESTIGO**

\_\_\_\_\_  
**DR. JORGE MENESES GARDUÑO**  
**RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION**

México Distrito Federal a \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 2011.

Teléfono al que se puede comunicar para aclaraciones o dudas: 57686000. Ext. 21428

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1 División Técnica de Información Estadística de Salud (DTIES). Motivos de Demanda en la consulta externa. Unidad de investigación, Educación y Políticas de Salud. División de prestaciones Médicas, IMSS 2007.
- 2 Gómez Espinosa LN. Lumbalgia o dolor de espalda baja. Revista Dolor Clínica y Terapia. Vol.V / No.2 / Febrero / 2007.
- 3 Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross TT, Shekell P, Owens D. Diagnostic and Treatment of low Back Pain: A Joint Clinical practice Guideline from the American College of physicians and the American Pain Society. *Annals of Internal Medicine*. 2007; 147 (7): 478- 491.
- 4 Jimenez RC. La mitad e los mexicanos sufre lumbalgia: IMSS; 2011. Disponible en: <http://informativoweb.com/index>.
- 5 Saldívar AHG, Cruz DLT, Serviere LZ, Vázquez FN, Joffre VMV., Lumbalgia en trabajadores. *Epidemiología Rev Med Inst Mex Seguro Social* 2003; 41.
- 6 Covarrubias- Gómez A. Lumbalgia: Un Problema de Salud Pública. *Clínica del Dolor*, Abril- Junio 2010. Vol. 33. Supl. 1: 106-109.
- 7 Diagnostic Therapeutic Flow-charts for Low Back Pain Patients: The Italian Clinical Guidelines. *Guía Clínica en Rahabilitación*.
- 8 Cherkin DC, Deyo RA, Battie M, Street J, Barlow W. A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation, and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low back pain. *The New England and Journal of Medicine*. 1998 October 8; 339 (15): 1021 – 29.
- 9 División técnica de información Estadística en Salud. Motivos de Consulta en Medicina Familiar en el IMSS 1991 – 2002. *Rev. Med. IMSS* 2003; 41(5): 441-448.
- 10 Cid J, De Andrés J, Reig E, Del Pozo c, Cortés A. y García CJ. Cervicalgias y Lumbalgias Mecanicodegenerativas. Tratamiento conservador. Actualización. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 8: Supl. II, 79 – 100, 2001.
- 11 Aharon S, Finestone, MD, Raveh A, Mirovsky Y, Lahad A, y Milgrom C, Orthopaedists and Family Practitioners' Knowledge of Simple Low Back Pain Management. *Spine* 2009, 34 (15): 1600 – 1603.
- 12 Lumbalgia inespecífica. Guía de práctica Clínica. Resumen de las recomendaciones de la versión Española de la Guía de Práctica Clínica del Programa Europeo COST B13. España Diciembre 2005.
- 13 Campbell GA, Chan L, MD, Martin B, y Friedly J. Management Patterns in Acute Low Back Pain. *The Role of Physical Therapy*. *Spine* 2010, XXX, (XXX): 000.

---

14 Tratamiento de Lumbalgia Aguda. Criterios Técnicos y Recomendaciones basadas en Evidencia para la construcción de las Guías de Práctica Clínica. Costa Rica. Agosto 2005.

15 Hernández S.R, Fernández CC, Baptista L. Metodología de la Investigación. 5ta, edición, McGraw Hill 2010.

16 Servicios de ARIMAC de la UMF N° 21. Relación de pacientes con diagnóstico de Lumbalgias 2010.

17 Pérez Irazusta I., Alcorta Michelena I., Aguirre Lejarcegui G., Aristegi Racero G.,oicochea Fuentes AJ., Martínez Eguía B., Pérez Rico M., Pinedo Otaola S., Sainz de Rozas Aparicio R. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. GPC 2007/1. Vitoria-Gasteiz